



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Ohjausrunko vastasairastuneen tyypin 1 diabetespotilaan alkuohjauksesta

Burman, Elke

Tuokko, Susanna

2015 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Otaniemi

Ohjausrunko vastasairastuneen tyypin 1 diabetespotilaan alkuohjauksesta

Elke Burman
Susanna Tuokko
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2015

Burman, Elke
Tuokko, Susanna

Ohjausrunko vastasairastuneen tyypin 1 diabetespotilaan alkuohjauksesta

Vuosi	2015	Sivumäärä	40
-------	------	-----------	----

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ohjausrunko vastasairastuneen tyypin 1 diabetespotilaan alkuohjauksesta Espoon diabeteskeskuksessa ja tavoitteena oli yhtenäistää potilasohjausta. Opinnäytetyö on sidottu Ohjaus hoitotyössä -hankkeeseen, jonka tarkoituksena on tuottaa opinnäytetöitä potilasohjauksesta sisätautien hoitotyön alueelta ja tavoitteena on kehittää potilasohjausta.

Opinnäytetyön aihe saatiin työelämän edustajalta Espoon diabeteskeskuksesta. Tutkimuskysymyksen laatimisessa käytettiin teoretietoa vastasairastuneen diabetespotilaan hoidosta ja ohjauksesta. Teoriatiedon avulla laadittiin tutkimuskysymys, mikä on tyypin 1 diabeetikon alkuhoidon ja alkuohjauksen sisältö.

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena ja aineistonkeruumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua. Haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna, johon osallistui kolme diabeteskeskuksen hoitajaa. Haastattelu nauhoitettiin ja aineisto analysoitiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä.

Ohjausrungon laatimisessa käytettiin teoriaohjaavan sisällönanalyysin tuloksia. Valmis ohjausrunko lähetettiin yhteyshenkilölle diabeteskeskukseen, diabeteskeskuksen hoitajat kävivät valmiin ohjausrungon läpi ja antoivat kehitysehdotuksia. Kehitysehdotukset toteutettiin ja ohjausrunko lähetettiin yhteyshenkilölle. Diabeteskeskuksen hoitajat ovat ottaneet ohjausrungon käyttöön helmikuussa 2015.

Ohjausrungon käyttökokemuksia ja toimivuutta ei tämän opinnäytetyön puitteissa ole tutkittu. Kehittämisehdotuksena nousi esiin mahdollisuus tutkia jatkossa ohjausrungon käyttökokemuksia ja toimivuutta Espoon diabeteskeskuksessa.

Asiasanat: alkuhoito, alkuohjaus, hoidonohjaus, ohjausrunko, tyypin 1 diabetes

Burman, Elke
Tuokko, Susanna

Structured guidance guidelines for patient education for patients newly diagnosed with type 1 diabetes

Year 2015

Pages

40

The purpose of this thesis was to create structured guidance guidelines for the nurses at Espoo Diabetes Center to counsel patients who are newly diagnosed with type 1 diabetes. The goal was to standardize patient education. The thesis was conducted within the Guidance In Nursing -project the purpose of which is to produce theses about patient education in the field of medical nursing and to develop patient education.

The theme for the thesis was suggested by the nurses in Espoo Diabetes Center. The study question was created based on theoretical data about the care and guidance of patients who are newly diagnosed with type 1 diabetes. The study question was: What are the contents of the initial treatment and patient education with patients who are newly diagnosed with type 1 diabetes?

The study was carried out as a qualitative research and the method for collecting the data was a semi-structured interview. The interview was executed as a group interview for three nurses from Espoo Diabetes Center. The interview was recorded and afterwards analyzed with theory driven content analysis.

The structured guidance guidelines were made based on the findings from the theory driven content analysis. The finalized guidelines were sent to our contact person in Espoo Diabetes Center. The nurses in the Diabetes Center studied the guidelines and presented some ideas for improvement. We implemented the ideas and sent the finished guidelines to the Diabetes Center. The nurses in the Diabetes Center have taken the guidelines to daily use in February 2015.

User experiences and functionality of the structured guidance guidelines have not been studied in this thesis. As a development proposal we suggest that the user experiences and functionality of the guidelines should be examined in Espoo Diabetes Center.

Keywords: initial treatment, initial guidance, patient education, structured guidance guidelines, type 1 diabetes

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Tyypin 1 diabetes ja sen hoito.....	7
2.1	Insuliinihoito	7
2.2	Ruokavalio ja hiilihydraatit.....	9
2.3	Verensokerin seuranta	9
2.4	Hoidon tavoitteet ja seuranta	10
2.5	Hypo- ja hyperglykemia.....	10
2.6	Normaalin elämän muuttuvat tilanteet	12
2.7	Vastasairastuneen diabeetikon hoito	13
2.8	Diabeteksen hoidon kehittäminen.....	14
3	Hoidonohjaus	15
3.1	Tiedollinen, emotionaalinen ja konkreettinen tuki ohjauksessa	16
3.2	Hoitoon sitoutuminen	16
3.3	Vastasairastuneen diabeetikon hoidonohjaus	17
3.4	Ohjausrunko.....	18
3.5	Polikliininen hoidonohjaus Espoon diabeteskeskuksessa	18
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	19
5	Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä	19
5.1	Aineistonkeruumenetelmä.....	20
5.2	Aineiston analysointi.....	22
6	Opinnäytetyön tulokset	23
7	Pohdinta	25
7.1	Opinnäytetyön eettisyys	26
7.2	Opinnäytetyön luotettavuus.....	27
7.3	Tulosten tarkastelu	29
7.4	Kehittämis ehdotukset ja jatkotutkimusaiheet	30
	Lähteet	31
	Liitteet.....	36

1 Johdanto

Opinnäytetyön aihetta pohdittaessa päädyttiin kysymään Espoon diabeteskeskuksen diabeteshoitajalta ehdotusta opinnäytetyöaiheesta, joka vastaisi diabeteshoitajan tarpeisiin. Diabeteskeskus on Espoon terveystaluiden ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, HUS, endokrinologian klinikan yhteinen hanke, jonka avulla kaikkien tyypin 1 diabetesta sairastavien hoito tapahtuu Espoossa samoissa tiloissa polikliinisesti. (Espoo 2013.)

Diabeteskeskuksen sairaanhoitajan toiveena oli saada diabeteskeskukselle hoidonohjausrunko vastasairastuneen tyypin 1 diabetespotilaan hoidonohjauksesta hoidon alkuvaiheessa. Hoidonohjausrungon avulla olisi mahdollista yhtenäistää ohjauskäytäntöjä diabeteskeskuksen eri organisaatioissa toimivien diabeteshoitajien välillä. Rissasen (2005) tutkimuksen mukaan ohjausrunko yhtenäistää potilasohjausta ja hoitokäytänteitä. Lisäksi World Health Organization, WHO, on luonut ja tutkinut tarkistuslistan käyttöä leikkaussalitoiminnassa ja todennut sen yhtenäistävän, vahvistavan ja edistävän turvallisuutta parantavia toimintoja kuten viestintää ja ryhmätyötaitoja (World Health Organization 2009.) Opinnäytetyössä käytetään tarkistuslistan synonyyminä ohjausrunkoa.

Opinnäytetyössä käsitellään tyypin 1 diabetesta sairautena ja sen eri hoitomuotoja sekä diabetespotilaan hoidonohjausta ja hoidon aloituksen erityispiirteitä ohjauksen kannalta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ohjausrunko vastasairastuneen tyypin 1 diabetespotilaan alkuohjauksesta Espoon diabeteskeskuksessa ja tavoitteena oli yhtenäistää potilasohjausta.

Opinnäytetyötä varten haastateltiin kolmea diabeteskeskuksessa työskentelevää diabeteshoitajaa heidän ohjauskäytänteistään ja siitä, mitä he pitivät tärkeänä ja olennaisena sairauden alkuvaiheessa ohjauksen kannalta. Haastattelu toteutettiin ryhmämuotoisena teemahaastatteluna ja analysoitiin aineiston teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. Haastattelun pohjalta koottiin diabeteskeskuksen hoitajien työskentelyä yhtenäistävä ohjausrunko.

Laurea-ammattikorkeakoulun puolesta opinnäytetyö on liitetty Ohjaus hoitotyössä -hankkeeseen, joka on Laurea-ammattikorkeakoulun, HUS:n medisiinisen tulostyöryhmän ja Espoon kaupungin yhteistyöhanke. Hankkeen yhtenä tarkoituksena on tuottaa opinnäytetöitä potilasohjauksesta sisätautien hoitotyön alueelta ja tavoitteena on kehittää potilasohjausta. (Ohjaus hoitotyössä -hanke 2014.)

2 Tyypin 1 diabetes ja sen hoito

Tyypin 1 diabeetikoita on Suomessa enemmän kuin missään muussa maassa väkilukuun nähden eli noin 50 000 henkilöä (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Diabeteksen puhkeamiseen vaikuttaa perimä yhdessä ympäristötekijöiden kanssa. Diabetekselle altistava perintötekijä on 15 prosentilla väestöstä, mutta vain alle yhdellä prosentilla väestöstä puhkeaa diabetes. Tämän perusteella voidaan todeta, että ympäristötekijöillä on suuri vaikutus diabeteksen puhkeamisessa. Vielä toistaiseksi tuntematon tai tuntemattomat ympäristötekijät aiheuttavat perimän kanssa tulehdusreaktion, jonka seurauksena henkilön omat valkosolut alkavat tuhota insuliinia tuottavia beeta-soluja. Diabetes todetaan yleensä, kun beeta-soluista on jäljellä enää vain 10-20 prosenttia. Beeta-solujen tuhoutuminen johtaa insuliinin puutostilaan. Kun elimistössä ei ole insuliinia, solut eivät kykene ottamaan sokeria verenkierrosta käyttöönsä vaan sokeri jää verenkiertoon ja samalla solut kärsivät energian puutteesta. (Saraheimo 2011b.) Tyypin 1 diabetesta ei osata vielä ehkäistä mutta asiaa tutkitaan. Tutkimustuloksia odotetaan lähivuosina. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Diabeteksen ensioireet johtuvat liian korkeasta verensokeritasosta. Verensokerin ollessa korkea munuaiset eivät kykene ottamaan takaisin kaikkea kerran suodatettua sokeria, jonka vuoksi sokeria erittyy virtsaan. Se aiheuttaa virtsamäärien kasvua, sillä sokeri vie mukanaan myös nestettä. Virtsamäärien kasvaessa elimistö kuivuu, janon tunne kasvaa ja potilaan paino laskee. Potilas laihtuu myös insuliinin puutteen vuoksi, koska insuliinin tehtäviin kuuluu lihas- ja rasvakudoksen kehittäminen. Diabeteksen oireena esiintyy myös väsymystä, sillä elimistön solut eivät saa riittävästi energiaa. Riittämättömän energiansaannin vuoksi solut alkavat polttaa energianaan rasvahappoja. Rasvahapot eivät kuitenkaan pala puhtaasti vaan niistä jää elimistöön happamia ketoaineita. Kun ketoaineita on elimistössä liikaa, joutuu potilas myrkytystilaan, ketoasidoosiin, joka on hoitamattomana hengenvaarallinen tila. Happomyrkytyksen oireita ovat pahoinvointi, oksentelu, vatsakivut ja asetonin haju hengityksessä. (Saraheimo 2011a, 24.)

2.1 Insuliinihoito

Tyypin 1 diabeteksen tärkein hoito on puuttuvan insuliinin korvaaminen. Insuliini on pistettävä injektiona ihonalaiseen rasvakudokseen, koska ruuansulatuskanavassa insuliini hajoaa ennen sen pääsyä verenkiertoon. (Kangas & Virkamäki 2011, 14.) Insuliini alentaa verensokeria ja sen teho ilmaistaan kansainvälisinä yksikköinä, joista Suomessa käytetään lyhennettä KY. Suomen markkinoilla on vain 100 KY/ml vahvuisia insuliineja, mutta muissa maissa insuliinien vahvuus vaihtelee. (Virkamäki 2011, 99.)

Potilas tarvitsee niin sanottua perusinsuliinia sekä aterian yhteydessä pistettävää ateriainsuliinia. Insuliinihoito voidaan toteuttaa joko monipistoshoidona tai insuliinipumpulla, aina yksilöllisen tarpeen mukaan. Monipistoshoidossa potilas pistää insuliinikynällä tai -ruiskulla pitkävaikutteista insuliinia 1-3 kertaa päivässä ja tämän lisäksi pika- tai lyhytvaikutteista insuliinia aterioiden yhteydessä suhteutettuna aterian hiilihydraattimäärään ja potilaan omaan yksilölliseen insuliinitarpeeseen. Insuliinipumppuhoidolla pyritään mukailemaan terveen henkilön haiman insuliinituotantoa. Pumppu syöttää ihonalaiskudokseen tietyn annosmäärän pikavaikutteista insuliinia yksilöllisen tarveprofiilin mukaisesti korvaten monipistoshoidossa käytettävän pitkävaikutteisen insuliinin. Tämän lisäksi potilas itse annostelee aterioiden yhteydessä tarvittavan määrän lisäinsuliinia ja pumppu syöttää annoksen ihonalaiskudokseen. (Mustajoki 2012c.)

Monipistoshoidossa käytettäviä pitkävaikutteisia insuliineja on kahden tyyppisiä. Uudempia insuliinianalogeja käytettäessä perusinsuliinia annostellaan kerran tai kahdesti päivässä, ja jo pitkään käytössä ollutta NPH-insuliinia, eli ihmisinsuliinia käytettäessä annostelu voi olla jopa kolmesti päivässä tai enemmän. Tutkimusten mukaan ei ole kuitenkaan voitu todeta potilaan hoidon kannalta merkittäviä eroja näiden insuliinien välillä. (Fimea 2013.) Aterian yhteydessä annosteltavia insuliineja on myös kahta erilaista, lyhytvaikutteista ja pikainsuliinia. Tavallinen lyhytvaikutteinen ihmisinsuliini annostellaan puolta tuntia ennen ateriaa ja se vaikuttaa aterian hiilihydraattimäärien ja myös seuraavan välipalan kanssa. Niin kutsuttu pikainsuliini eli nopeavaikutteinen insuliinijohdos annostellaan aterian yhteydessä tai hieman ennen ateriaa ja se vaikuttaa vain kyseisellä aterialla. Insuliinipumppuhoidossa käytetään vain pikainsuliinia sekä aterioilla että perusinsuliinina. (Mustajoki 2012c.)

Insuliiniruiskut ovat kertakäyttöisiä ja niissä on kiinteä neula valmiina. Insuliiniruiskujen etuna on niiden keveys ja mahdollisuus sekoittaa kahta eri insuliinia keskenään, jolloin välttyään useammalta pistoksesta. Insuliinikyniä on kahdenlaisia; valmiiksi täytettyjä kyniä, jotka potilas hakee apteekista tai uudelleen täytettäviä kyniä, jollaisen potilas saa hoitopaikastaan. Tällöin potilas saa apteekista uudelleen täytettävään kynään laitettavia säiliöitä, joissa insuliini on. Insuliinikyniä varten potilas tarvitsee erillisen kynään suunnitellun neulan, joka on ruiskun tavoin kertakäyttöinen. Insuliinikynien etuna on se, että niitä on helppo kuljettaa mukana ja pistäminen sujuu nopeasti ja huomaamattomasti. Ruiskut ja kynänneulat potilas saa maksutta terveyskeskuksensa hoitotarvikejakelusta. (Nikkanen 2011, 111, 112.)

Insuliini pistetään ihonalaiseen rasvakudokseen, josta se imeytyy tasaisesti. Hyviä pistoalueita ovat reidet, pakarat ja vatsanseutu. Iho vedetään poimulle ja pidetään poimu insuliinin pistämisen ajan, jotta insuliinia ei vahingossa pistetä lihakseen vaan ihonalaiskudokseen. Insuliini ruiskutetaan kudokseen rauhallisesti, ja ruisku tai neula vedetään pois kymmenen sekunnin kuluttua annoksen syöttämisestä. (Nikkanen 2011, 113.)

Avaamattomat insuliinipakkaukset kuuluu säilyttää jääkaappilämpötilassa. Käyttöön otettu insuliiniampulli tai -kynä voidaan säilyttää huoneenlämmössä. Insuliinin altistuessa yli +30 asteen lämmölle se alkaa menettää tehoaan. Insuliinin jäätyessä sen rakenne hajoaa eikä insuliinia saa enää käyttää. (Nikkanen 2011, 118.)

2.2 Ruokavalio ja hiilihydraatit

Diabeetikon ruokavalio ei poikkea normaalista terveellisestä ruuasta, joka on suositeltavaa kaikille. Hitaasti imeytyvien hiilihydraattien kuten täysjyväviljan nauttiminen, kovien rasvojen välttäminen ja kohtuullinen suolan käyttö sekä kuitupitoisten ruokien syöminen ovat myös diabeetikon ruokavalion perusta. Sokeria ei tarvitse täysin välttää. Diabeetikko voi syödä aivan normaalisti, kunhan kaikkea tulee nautittua kohtuudella. Insuliinihoitoon liittyen diabeetikon on opeteltava laskemaan nautitun ruuan hiilihydraattimäärät ja pistettävä ateriainsuliinia hiilihydraattimäärien mukaisesti. Yleisenä ohjeena voidaan pitää normaalipainoisella aikuisella diabeetikolla sitä, että 10 g hiilihydraattia nostaa verensokeria noin 2 mmol/l ja yksi yksikkö pikavaikutteista insuliinia laskee verensokeria saman verran eli 2 mmol/l. Insuliinin tarve saattaa myös olla enemmän tai vähemmän, joten tarve tulee arvioida aina yksilöllisesti potilaan itse ennen ateriaa ja aterian jälkeen tekemien verensokerimittausten perusteella. (Mustajoki 2012c.)

Hiilihydraattien määrän arviointi on hyvin tärkeää diabeetikon arjessa. Kun ateriainsuliinia käytetään pikainsuliinia, annosteluun vaikuttaa aterialla nautittu hiilihydraattimäärä. Elintarvikepakkausten ravintosisältöluettelossa on yleensä ilmoitettuna tarkka hiilihydraattimäärä elintarvikkeen 100 grammaa kohden, jolloin diabeetikko voi arvioida nautitun hiilihydraattimäärän punnitsemalla tuotteen. On myös suositeltavaa, että diabeetikko opettelee tavallisten ja myös omien suosikkiruokien hiilihydraattimäärät ulkoa, jolloin insuliiniannostelu helpottuu. Hiilihydraatteja ei tarvitse arvioida gramman tarkkuudella, vaan diabeetikolle riittää arviointi 10 gramman tarkkuudella, sillä insuliinia annostellaan yleensä yksi yksikkö kymmentä hiilihydraattia kohden. (Ruuskanen 2010.)

2.3 Verensokerin seuranta

Diabeteksen hoidon kolmantena kulmakivenä on verensokereiden omaseuranta, jonka avulla diabeetikko voi itse arvioida ateriainsuliinin tarvettaan ja tarvittaessa korjata kohonneen verensokerinsa annostelemalla tarvittavan määrän lisää pikainsuliinia. Omaseurantaa tulisi toteuttaa aina ennen ateriaa ja noin 2 tuntia aterian jälkeen sekä aamulla herätessä ja illalla nukkumaan mentäessä. Vain omaseurannan avulla diabeetikko oppii tuntemaan oman sairautensa ja toimimaan sen vaatimalla tavalla. Oma verensokeri tasoaan ei kykene tunnistamaan

ilman helposti mukana kulkevaa verensokerimittaria. Verensokeri mitataan tekemällä pieni reikä näytteenottovälineellä sormenpään ja siitä tuleva veripisara asetetaan verensokerimittarin liuskalle, jolloin mittari kertoo potilaan verensokeriarvon. (Mustajoki 2012c.)

Verensokerin mittaukseen potilas tarvitsee verensokerimittarin, näytteenottovälineen sekä mittariin sopivia verensokerinmittausliuskoja. Mittareita ja näytteenottovälineitä on paljon erilaisia erilaisten potilaiden tarpeisiin. Potilaalle yksilöllisesti sopivan verensokerimittarin sekä yleensä myös sopivan näytteenottovälineen potilas saa joissain tapauksissa hoitopaikastaan tai hankkii itse suoraan maahantuojalta tai diabetesyhdistyksestä. Mittariin sopivat liuskat ja näytteenottovälineen lansetit eli neulat potilas saa terveyskeskuksen hoitotarvikejake-
lusta. (Rönnemaa & Leppiniemi 2011, 60, 62-63, 68-69.)

2.4 Hoidon tavoitteet ja seuranta

Hoidon tavoitteena on mahdollisimman normaali ja tasapainoinen elämä. Ihanteellisessa tilanteessa diabeetikon hoitotasapaino on hyvin lähellä terveen henkilön verensokeritasoa eli pitkäaikaisverensokeri eli HbA1c olisi alle 53 mmol/mol, terveen henkilön viitearvo on 20-42 mmol/mol. Tavoitetaso voi vaihdella yksilöllisesti. HbA1c:n tavoitetasolle saamiseksi tulisi ennen ateriala mitattavien verensokeriarvojen olla 4 - 6 mmol/l ja noin 2 tuntia aterian jälkeen alle 8 mmol/l. (Mustajoki 2012c.) Pitkään koholla oleva verensokeri aiheuttaa muutoksia pienissä verisuonissa ja valtimoissa ja näin ollen voi saada aikaan joidenkin elinten toiminnan vakavia häiriöitä. Näitä muutoksia kutsutaan diabeteksen komplikaatioiksi, joita ovat silmän verkkokalvosairaus eli retinopatia, munuaissairaus eli nefropatia, ääreishermoston häiriö eli neuropatia sekä valtimoiden kovetustauti eli ateroskleroosi. Diabeteksen pitäminen tavoitetasolla voi estää näiden lisäsairauksien synnyn. (Mustajoki 2012b.)

Hoitotasapainossa olevaa diabeetikkoa tulee seurata vähintään HbA1c-kontrolleilla 3-6 kuukauden välein. Kerran vuodessa tulee tehdä kattavampi tarkastus eli diabeteksen vuosikontrolli. Myös vuosikontrolliin kuuluu HbA1c:n mittaustulos sekä verensokerin omaseurannan tulosten tarkastelu potilaan ja hoitajan sekä lääkärin kanssa yhdessä. Lisäksi vuosittain tarkistetaan verenpaine, jalkojen kunto, painon kehitys, hypoglykemioiden eli matalien verensokereiden esiintyvyys, insuliinin pistospaikat, veren rasva-arvot ja munuaisten toiminta. Lisäksi laboratoriotutkimuksella seurataan verenkuvaa ja tarvittaessa kilpirauhasarvoa ja keliakiavasta-aineita. 1-3 vuoden välein tulee myös tarkastaa silmänpohjien mahdolliset muutokset ja maksa-arvo sekä aikuisilta EKG ja fyysisen suorituskyvyn muutokset. (Ilanne-Parikka 2011a, 91-93; Käypä hoito -työryhmä Diabetes 2013a.)

2.5 Hypo- ja hyperglykemia

Potilaan on hyvä opetella tunnistamaan matalan ja korkean verensokerin oireita itsessään. Hypoglykemia eli alhainen verensokeri johtuu insuliinin liian suuresta vaikutuksesta. Matalan verensokerin ensioireet ilmaantuvat yksilöllisesti verensokerin laskiessa alle 3,3 - 2,7 mmol/l. Oireiden ilmaantumiseen vaikuttaa myös diabeetikon hoitotasapaino; jos verensokeriarvot ovat yleensä korkeita, saattaa oireita ilmaantua jo verensokerin ollessa normaaleissa lukemissa eli jo 4-6 mmol/l. Jos taas insuliinihoito on hyvin tiukasti säädeltyä ja verensokeri pyritään insuliinihoidolla pitämään hyvin alhaisena, saattaa matalan verensokerin oireet pahimmassa tapauksessa jäädä tulematta. (Ilanne-Parikka 2011c, 296-297; Käypä hoito -työryhmä Diabetes 2013d; Käypä hoito -työryhmä Diabetes 2013c.)

Alhaisen verensokerin ensioireita kutsutaan autonomisiksi oireiksi ja niitä ovat vapina, hikoilu ja huimaus. Autonomiset oireet ilmaantuvat yleensä verensokerin ollessa 4-2,5 mmol/l. Autonomiset oireet aiheutuvat insuliinin vastavaikuttajahormonien vapautumisesta elimistöön, jolloin elimistö on havainnut verensokerin olevan liian matala ja pyrkii hormonien avulla nostamaan verensokerin normaalitasolle. Näitä hormoneja ovat glukagoni, adrenaliini, kortisoli ja kasvuhormoni. Jos insuliinin vaikutusta on liikaa vastavaikuttajahormoneihin nähden ja diabeetikko ei tunnista matalan verensokerin laskun autonomisia oireita, verensokeri laskee edelleen. Silloin oireet muuttuvat niin sanotuiksi neuroglykopeenisiksi oireiksi, joita ovat harkintakyvyn heikkeneminen, aggressiivisuus, näköhäiriöt, tajuttomuus ja kouristelu. Nämä oireet johtuvat aivojen sokerinpuutoksesta ja ilmenevät yleensä verensokerin laskiessa alle 2,5 mmol/l. (Ilanne-Parikka 2011c, 296-297; Käypä hoito -työryhmä Diabetes 2013d.)

Hypoglykemia on helppo hoitaa, kun sen tunnistaa ajoissa. Diabeetikon tulee oireiden ilmaantuessa mitata verensokeri ja tämän jälkeen nauttia 10-20 grammaa nopeasti imeytyvää hiilihydraattia. Verensokeri korjaantuu yleensä noin 15 minuutissa. Jos diabeetikko ei tunnista autonomisia oireita, saattaa verensokeri laskea niin matalalle, että diabeetikko tarvitsee toisen henkilön apua. Jos tajunnan taso laskee matalan verensokerin vuoksi, ei diabeetikolle saa laittaa suuhun mitään. Silloin voidaan verensokeria pyrkiä nostamaan glukagonipistoksen avulla. Glukagoni pistetään lihakseen ja yleensä tajunnan taso korjaantuu noin 10 minuutissa sen verran, että diabeetikko kykenee juomaan sokeripitoista nestettä. Jos glukagonia ei ole käytettävissä, tulee soittaa ambulanssi. Ensihoitohenkilökunta antaa diabeetikolle glukoosia infuusiona suonen sisäisesti. (Ilanne-Parikka 2011c, 299-300; Käypä hoito -työryhmä Diabetes 2013c.)

Hyperglykemia tarkoittaa korkeaa verensokeria, joka johtuu liian vähäisestä insuliinin määrästä elimistössä. Diabeetikolla hyperglykemian aiheuttaa yleensä virheellisesti arvioitu insuliinimäärän tarve. Hyperglykemian yleisimmät oireet ovat jano, jatkuva virtsaamisen tarve ja väsymys eli samat oireet kuin diabeteksen toteamisvaiheessa. Pitkään kestänyt insuliinin puutos ja hyperglykemia voi aiheuttaa vaarallisen myrkytystilan, ketoasidoosin, elimistön alkaes-

sa käyttää energiana epäpuhtaasti palavia ravintoaineita kuten rasvoja ja proteiineja. Hyperglykemian hoitona on lisäinsuliinin pistäminen ja verensokeriarvojen sekä ketoaineiden määrän seuraaminen, kunnes tilanne on korjaantunut. Hyperglykemian hyvän hoidon tavoitteena on ehkäistä sekä akuuttien että pitkäaikaisten komplikaatioiden synty. (Käypä hoito -työryhmä Diabetes 2013a.)

2.6 Normaalin elämän muuttuvat tilanteet

Diabeteksen hoidossa on otettava huomioon erilaiset elämän vaihtelevat tilanteet. Sokeritasapainoon vaikuttaa samanaikaisesti monet asiat kuten esimerkiksi insuliinihoito, ruokavalio, liikunta, hormonitoiminta ja stressi. Diabeteksen hoidon onnistumisen edellytys on diabeteksen ottaminen ja hyväksyminen osaksi elämää. (Ilanne-Parikka 2011c, 254.)

Liikunnan harrastaminen on diabeetikolle eduksi, sillä liikunta tehostaa insuliinin vaikutusta, jolloin insuliinin tarve vähenee. Diabeetikon on kuitenkin oltava tarkka, ettei verensokeritaso laske liian matalaksi liikunnan jälkeen. Kaikkia lajeja voi harrastaa, mutta säännöllisesti tapahtuva kohtuullinen liikunta on paras vaihtoehto diabeetikolle. Insuliinimäärää tulee vähentää ennen liikuntasuoritusta lääkärin yksilöllisen ohjeen mukaisesti. (Mustajoki 2012a.)

Diabeetikon lähtiessä matkalle hänen täytyy ottaa monta asiaa huomioon. Diabeteslääkärin ja -hoitajan tulee yhdessä diabeetikon kanssa suunnitella lääkityksen annostelun muutokset, jos se on tarpeen esimerkiksi aikaeron vuoksi. Matkalla tulee mitata verensokeria tiheämmin kuin kotiloissa, sillä insuliini imeytyy tehokkaammin erilaisen päivärytmin, liikunnan muutosten sekä mahdollisen kuumien ilmastojen vuoksi. Hoitotarvikkeita täytyy pakata mukaan enemmän kuin kotiloissa olisi tarpeen ja tarvikkeita on hyvä pakata matkatavaroihin useaan eri paikkaan sekä käsimatkatavaroihin että muihin matkalaukkuihin. Lentokoneella matkustettaessa insuliinit tulee pakata käsimatkatavaroihin, sillä ruuman lämpötilassa insuliinit voivat jäätyä tai kuumentua liiaksi. Matkalle tulee ottaa mukaan lääkärin kirjoittama englanninkielinen todistus diabeteksestä, Diabetesliiton ”minulla on diabetes” -kortti sekä ajantasaiset lääke reseptit. Jos diabeetikon tarvitsee hankkia itselleen insuliinia matkan aikana, on hyvä muistaa, että maailmalla insuliinin väkevyys voi poiketa Suomessa käytettävistä insuliinituotteista. (Nikkanen 2012.)

Diabetes on otettava huomioon myös liikenteessä varsinkin moottoriajoneuvoa kuljettaessa. Verensokerin laskiessa liian matalalle on diabeetikko mahdollisesti muulle liikenteelle ja itselleen vaarallinen kuljettaja. Insuliinihoitoisen diabeetikon täytyy mitata verensokeri aina ennen autolla ajoa ja verensokerin ollessa alle 5 mmol/l tulee diabeetikon nauttia ylimääräinen välipala. Autossa pitää myös olla helposti nautittavia sokereita, esimerkiksi glukosipastilleja, ajon aikaisen matalan verensokerin korjaamiseen. Ajoluvan saamiseksi ja sen säilyttämiseksi

diabeetikolla ei saa esiintyä ennakoimattomia matalan verensokerin aiheuttamia tajunnan häiriöitä. (Sane 2011, 456-458.)

Sairauspäivinä diabeetikon tulee seurata verensokeriaan normaalia tiiviimmin. Tulehdustauti on elimistölle stressitila, jolloin insuliinin vastavaikuttajahormonien erityis lisääntyy ja verensokeritaso nousee. Diabeetikon täytyy mitata verensokeri 2- 4 tunnin välein ja pistää lisäinsuliinia tarvittava määrä. Sairauden pitkittyessä diabeetikko saattaa tarvita myös perusinsuliinin lisäystä, joka on yleensä +25 prosenttia jokaista kuumeastetta kohden lämmön ylittäessä 37,5 celsiusastetta aamulla kainalosta mitattuna. Korkea verensokeri lisää virtsan eritystä ja sen vuoksi diabeetikon on erityisen tärkeää nauttia riittävästi nesteitä sairauspäivinä. Vatsataudin aikana verensokeri saattaa taas laskea liian alas. Perusinsuliini on pistettävä, vaikka vatsataudin aikana ei pystyisikään syömään mitään, mutta pikainsuliinin voi jättää pistämättä verensokerimittausten perusteella. Myös vatsataudin aikana nesteiden riittävä saanti on hyvin tärkeää. Rajun vatsataudin aikana diabeetikko saattaa tarvita sairaalassa nestehoitoa, jos nesteitä ei pysty nauttimaan suun kautta. (Ilanne-Parikka 2011c, 283-285.)

Alkoholin kohtuukäyttö on diabeetikoillekin mahdollista. Alkoholin kohtuukäytön rajat diabeetikolla ovat samat kuin muillakin eli miehillä ei yli kahta ravintola-annosta ja naisilla ei yhtä annosta päivässä. Alkoholin käytön kanssa diabeetikon tulee olla kuitenkin tarkempi kuin muiden, sillä alkoholi laskee verensokeria. Suositeltavaa olisi, että diabeetikko ruokailisi alkoholia nauttiessaan. Makeita alkoholijuomia ei suositella diabeetikolle ja alkoholijuomien sisältämille hiilihydraateille ei tule pistää lisäinsuliinia. Alkoholi estää maksassa sokerin uudismuodostusta, jonka vuoksi verensokerin laskiessa elimistön omat pelastuskeinot eivät toimi. Humalatila myös muistuttaa matalan verensokerin tilaa, joten verensokerin laskua on haastavampi tunnistaa. Ravintolaillan jälkeen nukkumaan mennessä diabeetikon täytyy nauttia kunnollinen ilta-tai yöpala. Nukkumaan mennessä diabeetikon tulee mitata verensokeri ja sen ollessa alle 10 mmol/l pitää syödä vielä lisää. Illan aikana insuliiniannoksia voi vähentää 10-20 prosenttia. Alkoholin nauttiminen on diabeetikolle vaarallista, jos humalatila aiheuttaa oman hoidon laiminlyöntiä. (Ilanne-Parikka 2011b, 208-209.)

Tupakoinnin tiedetään olevan terveydelle haitallista ja erityisesti diabeetikon tupakointi kasvattaa selvästi lisäsairauksien riskiä. Tupakointi supistaa pieniä verisuonia ja sen vuoksi se voi edistää diabetekseen liittyvien lisäsairauksien syntyä. (Ilanne-Parikka 2011b, 209-211.)

2.7 Vastasairastuneen diabeetikon hoito

Duodecimin Akuuttihoito-oppaan mukaan tuoreen diabeetikon alkuhoitona päivystyksessä hoidetaan hyperglykemia ja mahdollinen ketoasidoosi. Potilas voi kotiutua, kun verensokeritaso on alle 25 mmol/l ja ketoaineita ei ole enää verenkierrossa. Päivystyksessä tai päivystysosas-

tolla arvioidaan nesteytyksen tarve ja aloitetaan pitkävaikutteinen insuliini. Verensokerin laskettua alle 25 mmol/l lääkäri tekee kiireellisen lähetteen alueen tyyppin 1 diabeetikkoja hoitamaan yksikköön. Potilasta neuvotaan olemaan syömättä sokerisia ruokia ja juomia ennen kuin diabeteksen hoito alkaa. (Tuomi 2012.)

Diabeteksen hoito aloitetaan varsinaisesti potilaan asuinalueen mukaisessa tyyppin 1 diabetekseen perehtyneessä yksikössä. Diabeteksen toteamisvaiheessa tehdään alkukartoitus diagnosoimiseksi. Alkukartoituksessa tulee ottaa huomioon potilaan anamneesi eli esitiedot, diabetekseen liittyvät oireet ja niiden kesto, näkökyky, kliininen tutkimus sekä laboratoriokokeet. Anamneesissa olennaisia asioita ovat diabeteksen sukuhistoria ja potilaan etninen syntyperä, muut sairaudet ja lääkitykset, sydän ja verisuonitautien riskitekijät kuten sukurasite, verenpaine ja lipidit, työ ja harrastukset, elintavat kuten ruokailu- ja liikuntatottumukset, tupakointi ja alkoholin ja muiden päihteiden käyttö sekä painon kehitys. Kliiniseen tutkimukseen diabeteksen alkukartoituksessa kuuluu painoindeksin mittaaminen, sydän- ja verisuonistatus, jalkojen kunnon kartoitus, suun ja hampaiden kunto sekä mahdollinen retinopatia, joka selvitetään silmämepohjakuvauksella. Laboratoriokokeista otetaan verinäytteellä pitkäaikaisverensokeri HbA1c, plasman rasva-arvot, ALAT eli maksa-arvo, Krea eli munuaisarvo, PVK eli pieni verenkuvaa, TSH eli kilpirauhasarvo ja keliakiavasta-aineet. Lisäksi verinäytteen perusteella määritetään GAD-vasta-aineet, joiden perusteella voidaan määrittää tarvitseeko potilas insuliinihoitoa, eli onko kyseessä tyyppin 1 vai tyyppin 2 diabetes. (Käypä hoito -työryhmä Diabetes 2013b.)

Alkuhoidon tutkimusten ja lääkehoidon lisäksi hoidonohjaus on hyvin tärkeää sairauden toteamisvaiheessa. Riittävä ja oikea-aikainen tuki ja ohjaus auttavat sairauden hyväksymisessä ja mahdollistaa jatkossa motivoitumisen omahoitoon, joka on kaikkein olennaisin osa diabeteksen hoitoa. (Juselius 2013; Käypä hoito -työryhmä Diabetes 2013a.)

2.8 Diabeteksen hoidon kehittäminen

Diabetesliiton koordinoima diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma, Dehko, toteutettiin vuosina 2000-2010. Dehkon toimenpiteitä oli muun muassa diabetestyön kehittäminen ja diabeteksen hoidon laatujärjestelmän luominen. Tavoitteena oli luoda moniammatillinen diabetestäydennyskoulutus. Tarve lisäkoulutukselle nousi terveydenhuollon ammattilaisilta. Pilottikoulutus järjestettiin vuonna 2010. Laatujärjestelmän kehittämiseksi luotiin laatumittareita terveydenhuollon työkaluiksi. Myöhemmin mittareiden pohjalta tehtiin myös laatuavaimet, jotka soveltuvat yksilön hoitoon ja toimivat muistilistoina. (Bierganns, Aarne, Tuomola & Suomen diabetesliitto 2011.) Aikuisten diabeteksen hyvän hoidon laatuavaimessa on sekä tyyppin 1 että tyyppin 2 diabeetikoiden suositusarvot (Dehko 2010). Tyyppin 1 diabeetikkojen hoitotasapainossa ei ollut tutkimusten mukaan 20 vuodessa tapahtunut suuria muutoksia. Muutok-

set olivat vuoden 2009-2010 tutkimuksessa hyvin vähäisiä, vaikka hälyttävän huonossa tasapainossa olevien osuus oli vähentynyt. (Bierganns ym. 2011.)

Yhtenä ohjelman päätavoitteena oli diabeetikon omahoidon tukeminen. Ohjelman toimenpiteisiin lukeutui myös informaatio hoidon toteutuksesta tasa-arvoisessa vuorovaikutussuhteessa terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välillä. Sairaanhoitopiireille 2009 tehdyn kyselyn mukaan diabeetikoiden yksilöllisiä tarpeita pystyttiin ottamaan mukaan hoidossa. Hoidonohjausta tuettiin osaamisen kehittämisen avulla sekä tuomalla laatua määrittävät kriteerit ohjaukseen. (Bierganns ym. 2011.)

Diabeetikon hyvän hoidon laatukriteerit on jaettu neljään ryhmään; perustiedot, hoitojärjestelyt, hoidon toteutuminen ja asiakasnäkökulma. Perustietoihin lukeutuu muun muassa diabeteksen esiintyvyys hoitoyksikön väestöpohjassa ja hoidossa olevat diabeetikot.

Hoitojärjestelyihin kuuluu, että hoitoyksikössä on seurantajärjestelmä sekä hoito ja ohjaus toteutuvat sovitun hoitokäytännön mukaan. Hoidon toteutumiseen liittyy diabeetikon arvojen seuranta ja liitännäissairauksien ehkäisy. Asiakasnäkökulmaan kuuluu esimerkiksi diabeetikon tyytyväisyys hoitoonsa ja se, että diabeetikko saa tarvitsemansa hoitovälineet ja ohjauksen niiden käyttöön. (Dehkon laatukriteerityöryhmä 2002.)

3 Hoidonohjaus

Hoidonohjaus on tärkeä osa hoitohenkilökunnan ammatillista osaamista ja hoitotyötä. Hyvin toteutettu ohjaus vaikuttaa asiakkaiden ja potilaiden terveyteen ja toimintakykyyn sekä heidän läheistensä hyvinvointiin. Ohjaus määritellään Kääriäisen ja Kyngäksen tekemässä käsitteanalyysissä asiakkaan ja hoitajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä ja tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. (Kääriäinen & Kyngäs 2005.) Ohjaukseen mahdollistavia tekijöitä ovat hoitajan ohjausvalmiuksien lisäksi hoitajan motivaatio ohjaamiseen sekä tila-, aika- ja materiaaliressurit (Kyngäs 2008b).

Laadukas hoidonohjaus on aina potilaslähtöistä ja perustuu potilaan tarpeisiin. Hoitajan on vuorovaikutuksen kautta tunnistettava potilaan taustatekijät ja pyrittävä optimoimaan ohjaus taustatekijöiden kannalta potilaalle yksilölliseksi ja vaikuttavaksi ohjaukseksi. Taustatekijöitä ovat potilaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Fyysiset taustatekijät vaikuttavat siihen, kuinka potilas kykenee ottamaan ohjausta ja tietoa vastaan. Potilaan ikä on yksi hyvin olennainen fyysinen taustatekijä. Psyykkisiä taustatekijöitä ovat esimerkiksi motivaatio, terveystottumukset, odotukset, kokemukset ja oppimistavat. Sosiaaliset taustatekijät koostuvat potilaan kulttuurista, elämäntavasta ja sosiaalisesta ympäristöstä, joiden vaikutus hoidonohjaukseen on merkittävä. (Kyngäs 2008b.)

3.1 Tiedollinen, emotionaalinen ja konkreettinen tuki ohjauksessa

Laadukkaan ohjauksen sisältämät tuen muodot ovat tiedollinen, emotionaalinen ja konkreettinen tuki. Tiedollinen tuki tarkoittaa sitä, miten hyvin ja ymmärrettävästi potilas on ohjauksen kautta saanut tietoa sairaudestaan ja sen hoitamisesta. (Kyngäs 2008a.) Diabeetikon hoidonohjauksen tiedolliseen tukeen lukeutuu ohjaaminen ja opettaminen siitä, mikä diabetes on ja miten sitä hoidetaan (Juselius 2013).

Emotionaalista tukea ohjauksessa annetaan, kun käsitellään sairauden aiheuttamia tunnereaktioita ja pohditaan yhdessä, miten arkipäivän elämässä pärjääminen sujuu (Kyngäs 2008a). Diabetekseen sairastuminen herättää potilaassa erilaisia tunteita ja hämmennystä (Juselius 2013). Myös jo pidemmän aikaa diabetesta sairastanut kokee toisinaan arkielämässään diabetekseen liittyen pelkoa, hämmennystä ja ihmetystä. Rintalan väitöskirjassa todetaan perheen merkityksen olevan diabeteksen hoidossa suuri. Perhe ja perheen merkitys diabeetikolle tulee ottaa huomioon osana hoidonohjausta. (Rintala 2013.)

Konkreettinen tuki koostuu kaikesta välineellisestä tuesta kuten esimerkiksi hoitovälineistä, taloudellisesta tuesta ja apuvälineistä (Kyngäs 2008a). Diabeetikko on oikeutettu saamaan Kansaneläkelaitoksen korvauksen lääkkeistään, kun diabeetikko on toimittanut lääkärin kirjoittaman B-todistuksen Kansaneläkelaitokselle. Lisäksi diabeetikolla on oikeus ilmaisiin hoitovälineisiin kuntansa hoitovälinejakelun kautta. (Vuorisalo 2014.) Diabeteshoitaja toimii diabeetikon puolestapuhujana ja erilaisista sosiaalietuuksista tiedottajana osana konkreettisen tuen antamista.

3.2 Hoitoon sitoutuminen

Tshekin Hradec Královén yliopistollisen keskussairaalan diabeteskeskuksessa tehdyn tutkimuksen mukaan hoitoon sitoutumiseen voimakkaimmin vaikuttava tekijä on hoitotyytyväisyys. Tutkimuksessa todetaan, ettei tyyppin 1 diabeteksen hoitomuodolla eikä potilaan sosioekonomisella asemalla ole merkitystä, vaan hoitoonsa tyytyväiset potilaat ovat parhaiten sitoutuneita itsensä hoitamiseen. (Hendrychova, Vytrisalova, Smahelova, Vlcek & Kubena 2013, 873-875.) Hoitotyytyväisyys on moniulotteinen käsite, johon sisältyy potilaiden odotukset ja toiveet, asenteet sekä aikaisemmat kokemukset terveydenhuollosta. Hoitotyytyväisyyttä voidaan tarkastella eri näkökulmista kuten esimerkiksi yleinen tyytyväisyys, tyytyväisyys hoidon osalualueisiin kuten teknisiin taitoihin, hoidon jatkuvuuteen ja hoidon ihmisläheisyyteen tai tyytyväisyys hoidon tuloksiin. (Bond & Thomas 1992.)

Tuen antaminen ja potilaan ja hoitajan yhteinen sitoutuminen vastuullisesti hoidon tavoitteisiin toimii perustana hyvälle hoitomotivaatiolle ja hoitoon sitoutumiselle. Hoitoon sitoutumiseen suuresti vaikuttava tekijä on, että potilas pitää ohjausta merkityksellisenä asiana ja kokee itse voivansa vaikuttaa ohjaukseen. Sitoutumiseen vaikuttaa myös potilaan kokemus olemisesta kaksisuuntaisessa vuorovaikutuksessa ohjaajan kanssa, ja että ohjaus perustuu jaetulle asiantuntijuudelle potilaan ja hoitajan välillä. (Kynäs 2008a.)

Tampereen yliopistollisessa sairaalassa toteutetun tutkimuksen mukaan ongelmalähtöisestä oppimismenetelmästä on hyötyä nuorten diabeetikkojen ohjauksessa. Tutkittavina olivat nuoret, jotka siirtyivät lasten yksiköstä sisätautiklinikalle hoitoon. Tavallisten poliklinikkakäyntien yhteyteen sovitettiin PBL-ryhmäohjaus, problem-based learning. Pienryhmissä aiheet esitettiin ongelmanmuodossa. Tutkimuksessa oli mukana yksilönohjausryhmä ja PBL-ryhmä. Tutkimuksen mukaan PBL-ryhmässä ohjaaminen toimii hyvin ja on taloudellisempaa. Sekä yksilöohjauksessa että PBL-ohjauksessa paranevat sokeritasapaino ja hoitoon sitoutuminen, mutta ongelmalähtöinen oppimismenetelmä tuottaa nuorten psyykkisen tilan suhteen parempia tuloksia. Vertaistuellä on suuri merkitys pitkäaikaissairauksissa. (Tulokas, Ojanen, Koivisto & Pasternack 2005.)

3.3 Vastasairastuneen diabeetikon hoidonohjaus

Diabeteksen Käypä hoito -suosituksissa todetaan, että päävastuu hoidosta on diabeetikolla itsellään. Hyvä omahoito ei kuitenkaan voi toteutua ilman, että diabeetikolla on riittävästi ja ajantasaisesti tietoa, taitoja ja ymmärrystä sairautensa hoitamiseen. (Käypä hoito -työryhmä Diabetes 2013a.) Diabeteshoitajan, lääkärin ja moniammatillisen tiimin rooli hoidonohjauksessa on hyvin suuri (Rissanen 2005). Moniammatilliseen tiimiin diabeetikon hoidossa kuuluvat diabeteslääkäri, diabeteshoitaja, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä, psykologi, psykiatri, kuntoutusohjaaja ja jalkaterapeutti (Kotisaari, Olli, Rintala & Simonen 2008). Hoidonohjauksessa olennaista on oikea-aikaisuus, jatkuvuus sekä suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus. Diabeetikon hoidonohjauksen tavoitteena tulee olla sellaisten tietojen ja taitojen antaminen, että hänestä kehittyy oman hoitonsa arkipäivän asiantuntija, ja että hän kykenee tekemään omaa hoitoaan koskevia valintoja ja päätöksiä. (Juselius 2013.)

Diabeteksen toteamisen jälkeen tuoreen diabeetikon kanssa käydään läpi aluksi välttämättömät perustiedot ja taidot, joita diabeteksen hoito vaatii. Perusasioita ovat insuliinin pistäminen, verensokerin mittaaminen, hiilihydraattien määrän arviointi ja hypoglykemian oireet ja niiden tunnistaminen. Diabetekseen sairastuminen herättää potilaassa erilaisia tunteita. Niistä keskusteleminen yhdessä potilaan kanssa ja potilaan sairauteen sopeutumisen tukeminen ovat hyvin tärkeitä asioita potilaan hoitoon sitoutumisen ja motivoitumisen kannalta. Hoi-

donohjaajan täytyy myös tunnistaa potilaan tiedon ja ohjauksen vastaanottokyky ja optimoida ohjaus sen mukaisesti. (Rissanen 2005; Juselius 2013.)

Rissanen (2005) tyypin 1 diabeetikkojen hoidonohjausta diabeteshoitajien näkökulmasta käsittelevän tutkimuksen mukaan diabeetikon alkuohjauksen keskeisimmät lähestymistavat ovat opettaminen, ohjaaminen ja tukeminen. Ohjauksen pääpaino on hoitajien näkökulmasta sairauteen sopeutumisessa ja tukemisessa. Tutkimuksen mukaan omahoitoon tarvittavaa tietoa annetaan diabeteksen alkuvaiheessa asteittain. Rissanen tutkimus tyypin 1 diabeetikkojen hoidonohjauksesta diabeteshoitajien näkökulmasta toteutettiin yhteistyössä Suomen 20 erikoissairaanhoitopiirin, viiden yliopistollisen ja 15 keskussairaalan kanssa. Tutkimustuloksissa esitettiin diabeetikkojen alkuohjauksen toteutumista ja esiteltiin hoidonohjausta edistäviä ja estäviä tekijöitä. Keskeisimpinä edistävinä tekijöinä pidettiin diabeteshoitajien itsenäistä asiantuntijuutta, selkeää työnjakoa hoitajan ja lääkärin välillä sekä riittäviä henkilöstö- ja aikaresursseja. Estävänä tekijänä mainittiin aikapula ja jäykät organisaatiorakenteet.

3.4 Ohjausrunko

World Health Organization, WHO, alkoi vuonna 2007 tutkia tarkistuslistan käyttöä leikkaussalitoiminnassa. WHO:n projektin Safe surgery save lives mukaan tarkistuslistan käyttö parantaa potilasturvallisuutta, yhtenäistää, vahvistaa ja edistää hoitajien ja lääkäreiden välistä viestintää ja ryhmätyötaitoja. Tarkistuslistan systemaattinen käyttö vähentää tarpeettomia ja inhimillisen erehdyksen takia syntyviä hoitovirheitä, komplikaatioita ja kuolemia. WHO:n tarkistuslista on tarkoitettu maailman laajuiseen käyttöön ja sitä voidaan muokata eri sairaaloiden tarpeen mukaiseksi. (World Health Organization 2009.)

Tutkimusten mukaan tarkistuslistat ehkäisevät virheitä ja komplikaatioita. Tarkistuslistojen myötä kommunikointi paranee työyhteisössä, joka edistää potilasturvallisuutta. Virheet vähenevät tiimityön parantuessa. Tutkimukset ovat yksimielisiä siitä, että tarkistuslistat ovat tärkeitä. Tarkistuslistat vaativat kuitenkin kaikilta käyttäjiltä käyttömyönteisyyttä. (McDowell 2014.)

Erilaisia tarkistuslistoja voidaan käyttää joko sellaisenaan tai pienin muutoksin myös hoidonohjausrunkona. Rissanen (2005) tekemän tutkimuksen mukaan hoidonohjausrungon käyttäminen ohjauksen tukena vastasairastuneen diabeetikon hoidossa on hoitajien keskuudessa koettu hyväksi ja hoitokäytäntöjä yhdistäväksi tekijäksi. Tässä opinnäytetyössä tarkistuslista sanan synonyyminä käytetään sanaa ohjausrunko.

3.5 Polikliininen hoidonohjaus Espoon diabeteskeskuksessa

Virtasen (2010) tutkimuksen mukaan polikliininen hoitotyö on itsenäistä työskentelyä, joka pohjautuu hoitajan ja potilaan kahdenkeskiseen vuorovaikutukseen. Polikliininen hoitotyö vaatii sairaanhoitajalta hyvää päätöksen tekemiskykyä ja kykyä ottaa vastuuta. Henkilökohtaisissa hoitosuhteissa sairaanhoitajat itsenäisesti määrittävät, suunnittelevat, toteuttavat ja arvioivat hoitotyötä.

Espoon diabeteskeskus aloitti toimintansa toukokuussa vuonna 2013. Espoossa tyypin 1 diabeetikkojen hoito keskitettiin Jorvin sairaalan yhteydessä toimivaan diabeteskeskukseen, joka toimii ajanvarauspoliklinikkana. Diabeteskeskus on Espoon terveystieteiden ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, HUS, endokrinologian klinikan yhteinen hanke, jonka avulla kaikkien tyypin 1 diabetesta sairastavien hoito tapahtuu Espoossa samoissa tiloissa polikliinisesti. Espoossa haluttiin viedä vielä pidemmälle terveydenhuoltolain edellyttämä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön tiivistäminen, jonka vuoksi rakennettiin kokonaan uusi toimintamalli. (Espoo 2013.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa ohjausrunko vastasairastuneen tyypin 1 diabetespotilaan alkuohjauksesta Espoon diabeteskeskuksessa. Tavoitteena on yhtenäistää potilasohjausta Espoon diabeteskeskuksessa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymys on:

- Mikä on tyypin 1 diabeetikon alkuohjauksen ja alkuhoidon sisältö?

5 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Siinä pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa suositetaan ihmistä tiedonkeruun lähteenä ja siinä vaalitaan metodeja, joissa tutkittavien sanat ja näkökulmat pääsevät esille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 160-166.)

Kun halutaan tulla lähelle ihmistä ja vuorovaikutusta, on kvalitatiivinen tutkimus hyvä menetelmä. Se tuo esille tutkittavien havainnot tilanteista ja antaa näin ollen mahdollisuuden tutkittavien menneisyyteen ja kehitykseen liittyvien asioiden huomioimiseen. (Hirsjärvi & Hurme 2006.) Opinnäytetyössä haluttiin ymmärtää vastasairastuneen diabetespotilaan ohjausta ja

hoitoa diabeteshoitajien kokemusten ja kertoman perusteella. Opinnäytetyön tutkimusjoukko valittiin Espoon diabeteskeskuksen diabeteshoitajat, sillä haluttiin tutkia heidän näkemyksiään aiheesta. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksen menetelmää käyttäen (Hirsjärvi ym. 2010, 160-166).

5.1 Aineistonkeruumenetelmä

Tutkimushaastattelussa tutkija ja haastateltava keskustelevat tutkimuksenalaisesta aiheesta enemmän tai vähemmän ohjatusti. Haastattelu eroaa arkipäiväisestä keskustelusta siten, että tutkijalla on selkeä tutkimustehtävä ja hänen päätarkoituksenaan on saada tutkimusaineistoa, jota pitää analysoida. Siinä tietoa saadaan suoraan ihmiseltä itseltään. Haastattelut ovat aina ainutlaatuisia ja erilaisia vuorovaikutustilanteita. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Aineistonkeruumenetelmänä haastattelua voidaan perustella sillä, että siinä halutaan korostaa ihmisen näkemistä subjektina tutkimustilanteessa. Haastateltavalle annetaan mahdollisuus tuoda esille itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti. Silloin ihminen on tutkimuksessa merkityksiä luova ja aktiivinen osapuoli. (Hirsjärvi ym. 2010, 160-166.)

Ryhmähaastattelun tarkoituksena on saada aikaan keskustelu ja haastattelijan tehtävänä on keskustelun helpottaminen. Haastatteliija huolehtii ryhmän pysymisestä teemoissa ja siitä, että kaikilla ryhmässä on mahdollisuus osallistua keskusteluun. Ryhmähaastattelulla on erityinen merkitys, kun halutaan selvittää, kuinka ryhmä muodostaa yhteisen kannan johonkin ajankohtaiseen asiaan. (Hirsjärvi & Hurme 2006.)

Opinnäytetyössä tutkimuksen aiheena oli tyypin 1 diabeteksen alkuhoito ja -hoidonohjaus. Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä sopi tämän opinnäytetyön aiheeseen. Tietoa haluttiin kerätä ihmisiltä, diabeteshoitajilta, joilla on jo paljon kokemusta potilaan ohjaamisesta. Espoon diabeteskeskuksessa työskentelee sekä HUS:n että Espoon kaupungin työntekijöitä. Opinnäytetyön ryhmähaastatteluun valittiin kummaltakin taholta haastateltavia, eli yhteensä kolme hoitajaa; yksi erikoissairaanhoidon ja kaksi Espoon kaupungin diabeteshoitajaa. Ryhmähaastattelun tarkoituksena oli myös saada diabeteskeskuksen hoitajien yhteinen kanta ohjaukseen ja siten yhtenäistää potilasohjausta.

Haastattelun etuja on, että aineistonkeruuta voidaan säädellä joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla. Vastauksia on mahdollista tulkita enemmän kuin strukturoidussa haastattelussa sekä vastaajiksi suunnitellut henkilöt saadaan usein mukaan tutkimukseen. (Hirsjärvi ym. 2010, 204-212.) Ryhmähaastattelun muita etuja ovat halpuus ja tiedon nopea saatavuus, sillä vastauksia saadaan samanaikaisesti usealta eri vastaajalta (Hirsjärvi & Hurme 2006).

Huonoja puolia haastattelussa on sen aikaa vievyys, ja se että haastattelussa on tapana antaa sosiaalisesti hyväksyttäviä vastauksia (Hirsjärvi ym. 2010, 204-212). Ryhmähaastattelun haittana voidaan pitää myös sitä, että kaikki kutsutut eivät välttämättä tule paikalle, ja että ryhmadynamiikka vaikuttaa siihen kuka puhuu. Jos haastattelussa yksi tai kaksi dominoi, voi haastattelija pyytää muilta kommentteja. Usein ryhmähaastattelu tallennetaan, jolloin ai-neiston purkaminen ja analyysin tekeminen voi muodostua ongelmaksi, sillä tutkijan on vaikea päätellä, kuka haastateltavista on äänessä. (Hirsjärvi & Hurme 2006.)

Opinnäytetyötä varten haastateltiin Espoon diabeteskeskuksen kolmea diabeteshoitajaa mar-raskuussa 2014. Heidän kanssaan sovittiin yhteisesti haastattelupäivä, jota ennen opinnäyte-työn suunnitelma lähetettiin heille luettavaksi. Haastattelupäivänä osallistujille jaettiin Tie-dote haastatteluun osallistuville (liite 1) ja jokaista pyydettiin allekirjoittamaan Suostumus haastatteluun osallistuville (liite 2). Haastattelu nauhoitettiin. Haastattelu sujui ongelmitta ja jokainen haastateltavista sai äänensä kuuluviin ja sai kertoa omasta ammattiosaamisestaan aiheen puitteissa. Opinnäytetyön kannalta ei ollut olennaista saada selvyyttä siitä, kuka haas-tateltavista oli kulloinkin äänessä, vaan tarkoituksena oli luoda yhteinen kanta aiheesta, ei eritellä kuka on mitään mieltä.

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu eli lomakehaastattelun ja avoimen haas-tattelun välimuoto. Yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee tiettyjen keskeis-ten teemojen varassa. Kaikille haastateltaville annetaan samat teemat eli ennalta tutkitut aihepiirit. Teemoissa pyritään kuitenkin liikkumaan joustavasti ilman etukäteen suunniteltua reittiä ja vapaalle puheelle annetaan tilaa. Teemojen järjestystä voi muuttaa. Se vapauttaa haastattelun tekijän tutkijan näkökulmasta ja tuo haastateltavien äänen kuuluviin. Haastatte-lu on keskustelunomainen tilanne, jossa tutkija käy läpi kaikkien teemojen perustietoja. (Hirsjärvi & Hurme 2006; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Teemahaastattelunrunko rakentuu, kun perehdytään teoriaan ja tutkimustietoon, jolloin tut-kittavat ilmiöt ja peruskäsitteet hahmottuvat. Koska tarkoituksena on tarkastella ilmiöitä tar-kemmin, on hyvä eritellä niitä yksityiskohtaisemmin. Haastattelurunkoa laadittaessa tehdään teema-alueuuttelo. Haastattelutilanteessa teema-alueet tarkennetaan kysymyksiin. (Hirsjärvi & Hurme 2006.) Opinnäytetyössä teema-alueuuttelo (liite 3) tehtiin teoreettisen viitekehyk-sen pohjalta. Haastattelun teemat olivat vastasairastuneen tyypin 1 diabetespotilaan alkuhoi-to ja alkuohjaus. Alkuhoitoa ja -ohjausta teema-alueuuttelossa eriteltiin vielä tarkemmin. Haastattelun kuluessa käytiin jokainen teema-alue läpi. Lisäksi haastattelussa nousi esiin joi-tain muitakin aiheeseen kuuluvia asioita, joita ei ollut osattu ottaa etukäteen huomioon. Teema-alueuuttelon (liite 3) aiheiden lisäksi keskusteltiin ohjausrungon käytännöistä, järjes-tyksestä ja ulkoasusta. Ryhmähaastattelulla saatiin 70 minuuttia nauhoitettua materiaalia.

5.2 Aineiston analysointi

Tuomen ja Sarajärven (2009, 91-93, 95-99, 108-113, 117) mukaan teoriaohjaavassa sisällön-analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus, joka pyrkii ratkaisemaan tutkimuskysymyksen. Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä voidaan poimia eri luokkien nimet tutkimuksen pohjalla olevasta teoriasta ja analyysin lopputulos voidaan helposti sitoa yhteen tutkimuksen pohjalla olevan teorian kanssa. Opinnäytetyössä kerättiin ryhmähaastattelulla nauhoitettu aineisto, jonka avulla pyrittiin saamaan vastaus opinnäytetyön tutkimuskysymykseen. Haastattelulla tuotetun aineiston analysoinnissa käytettiin teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä, joka etenee vaihe vaiheelta. Aluksi aineisto litteroidaan eli kirjoitetaan äänitalenne puhtaaksi tekstimuotoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-93, 95-99, 108-113, 117) Opinnäytetyön aineiston analysointi aloitettiin litteroimalla ääninauhat kirjoitettuun muotoon tekstitiedostoksi. Litteroitua tekstiä nauhoitetusta aineistosta saatiin 12 sivua.

Karkeasti voidaan sanoa, että teoriaohjaavaan sisällönanalyysiin kuuluu kolme vaihetta, aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisen käsitteen luominen. Pelkistämävaiheessa rajataan tarkka ilmiö ja kaikki muu jätetään ulkopuolelle. Tutkittava asia määritellään tarkoituksen ja tutkimuskysymyksen mukaan ja aineistosta kerätään tutkimuksen kannalta olennaiset ja yksinkertaiseen muotoon tuodut ilmaukset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92-93, 95-99, 108-113, 117) Opinnäytetyön litteroituun aineistoon perehdyttiin ja pelkistettiin olennaiset asiat käyttämällä opinnäytetyön tutkimuskysymystä ja lisäksi aineistosta kerättiin haastattelussa ilmenneitä ohjausrungon käytäntöihin liittyviä asioita. Pelkistettyjä ilmauksia kerättiin aineistosta yhteensä 62 kappaletta.

Ryhmittelyvaiheessa pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään omiin luokkiinsa samankaltaisuuksien perusteella. Jokainen luokka nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä, jotka poimitaan tutkimuksen pohjalla olevasta teoreettisesta viitekehyksestä tai tutkimusaineistosta. Käsitteiden ryhmittelystä käytetään nimitystä alaluokka. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92-93, 95-99, 108-113, 117) Opinnäytetyössä pelkistetyt ilmaukset listattiin ja ne ryhmiteltiin alaluokkiin. Alaluokkia muodostettiin yhteensä 11 kappaletta ja ne olivat emotionaalinen tuki, konkreettinen tuki, insuliinihoito, verensokerin seuranta, ruokavalio ja hiilihydraatit, hypo- ja hyperglykemia, normaalin elämän muuttuvat tilanteet, ensikäynti, ohjausrungon toimivuus, asiat lomakkeen alussa ja erilliset asiat. Osa alaluokista muodostettiin teema-alueiden (liite 3) mukaisesti ja osa luotiin aineiston pohjalta, kuten esimerkiksi ensikäynti. Aineistosta nousivat myös esiin ohjausrungon rakentamiseen liittyvät käytännön asiat, jotka muodostettiin omiksi alaluokikseen.

Ryhmittelyä jatketaan ryhmittelemällä alaluokat, jolloin näistä muodostuvat yläluokat ja tästä edelleen pääluokat ja lopuksi yhdistävä luokka. Viimeinen teoriaohjaavan sisällönanalyysin

vaihe, abstrahointi eli teoreettisen käsitteen luominen, kuuluu osana ryhmittelyyn, sillä yhdistävän luokan tulee muodostaa tutkimuksen tuottama teoreettinen käsite. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92-93, 95-99, 108-113, 117) Opinnäytetyössä kahdeksi yläluokaksi muodostui hyvin luontevasti ”rakenne” ja ”sisältö”. ”Rakenne” yläluokkaan laitettiin alaluokista ohjausrungon toimivuus, asiat lomakkeen alussa ja erilliset asiat. Muut alaluokat laitettiin ”sisältö” yläluokkaan kuuluviksi. Abstrahoinnissa pääluokaksi ja samalla yhdistäväksi luokaksi muodostui tarkoituksen mukaisesti ”ohjausrunko vastasairastuneen tyypin 1 diabetespotilaan alkuohjauksesta”. Seuraavana on esitetty esimerkit kahden alkuperäisilmauksen ryhmittelystä.

Alkuperäisilmaus: ”Sairastamisesta voisi olla hyvä keskustella jo hoidon alkuvaiheessa, sillä ei voida tietää sairastuuko potilas vaikka seuraavana päivänä johonkin infektiin.”

Pelkistetty ilmaus: Sairastumisesta keskustelu

Alaluokka: Normaalin elämän muuttuvat tilanteet

Yläluokka: Sisältö

Yhdistävä luokka: Ohjausrunko vastasairastuneen tyypin 1 diabetespotilaan alkuohjauksesta

Alkuperäisilmaus: ”Potilaan tulee tietää jo heti alussa, että vaikka sairastuukin, niin perusinsuliinia ei saa jättää pois. Maallikko ajattelee helposti, että jos ei pysty syömään niin insuliinia ei tule pistää.”

Pelkistetty ilmaus: Perusinsuliinin tärkeys sairastaessa

Alaluokka: Normaalin elämän muuttuvat tilanteet

Yläluokka: Sisältö

Yhdistävä luokka: Ohjausrunko vastasairastuneen tyypin 1 diabetespotilaan alkuohjauksesta

Ohjausrungon kokoamisessa käytettiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä saatuja tuloksia hyödyksi sekä ohjausrungon rakenteessa että sisällössä muodostettujen yläluokkien mukaisesti. Joidenkin alaluokkien otsikoita muutettiin rakenteeseen sopivammiksi ja pelkistettyjä ilmauksia lyhennettiin termeiksi, jotka ovat ohjausrungon käytössä käytännöllisempiä. Kaikki analysoitu aineisto käytettiin hyödyksi. Lisäksi ohjausrunkoon liitettiin lista materiaaleista, joita diabeteskeskuksen hoitajat käyttävät työssään. Materiaalien tiedot saatiin haastattelun jälkeen yhteyshenkilöltä diabeteskeskuksessa.

6 Opinnäytetyön tulokset

Lopullinen tuote eli ohjausrunko löytyy liitteestä 4. Valmis ohjausrunko vastaa diabeteshoitajan näkökulmasta ytimekkäästi opinnäytetyön tutkimuskysymykseen; mikä on tyypin 1 diabetetikon alkuohjauksen ja alkuhoidon sisältö.

Ohjausrunko (liite 4) laadittiin Word-tiedostoksi, jota voi muokata tarvittaessa. Ohjausrungon käyttö on yksinkertaista ja helppoa, sillä siinä voi edetä joko ohjausrungon oman järjestyksen mukaan tai vain merkitä käytyjä aiheita siinä järjestyksessä, kun ne on potilaan kanssa käsitelty. Jokaisessa osassa on aiheen edessä tila, johon hoitaja merkitsee ruksin, kun aihe on käsitelty potilaan kanssa.

Ohjausrungon alkuun hoitaja merkitsee potilaan perustiedot eli nimen, sairastumispäivän, henkilötunnuksen, painon ja pituuden. Perustietojen jälkeen ohjausrungossa on ensikäyntiosa, jossa on koottuna aiheet, jotka hoitajan tulee käydä potilaan kanssa ensikäynnillä läpi. Hoitaja selittää potilaalle lyhyesti, mikä diabetes on. Käytännön asioista käydään yhdessä läpi, miten verensokeri mitataan ja miten insuliini pistetään. Hoitaja käy läpi omaseurantaan liittyvät asiat, eli mitä huomioida ja mitä kirjoittaa muistiin. Ensikäynnillä käydään läpi hypoglykemia pääpiirteittäin ja sen ensiapu, sillä potilaan on osattava tunnistaa sen oireet jo heti ensimmäisestä päivästä lähtien. Hoitaja neuvoo potilasta olemaan syömättä runsaasti sokeria sisältäviä ruokia ja juomia hoidon alussa. Korkea verensokeri voi aiheuttaa näön tilapäistä heikkeymistä ja tästä on informoitava potilasta. Lääkäri kirjoittaa potilaalle insuliineista reseptit, ja hoitaja informoi potilasta lääkkeiden korvattavuudesta ja B-lausunnot. Ensikäynnillä hoitaja antaa potilaalle yhteystiedot diabeteskeskukseen ja kertoo myös mihin olla yhteydessä diabeteskeskuksen ollessa kiinni.

Perusasiat osa koostuu osittain myös ensikäynnillä käsiteltävistä aiheista, mutta perusasiat osassa aiheita on syvennetty. Perusasiat osaa hoitaja voi käyttää useammalla käyntikerralla ja syventää asioita asteittain. Seuraavien käyntien aikana hoitaja kertoo potilaalle, mitkä ovat diabeetikon hoidossa verensokerin tavoitearvon ja miten niitä säädellään yksilöllisesti. Hoitaja käy tarkemmin läpi hypoglykemiaa, sen syitä ja seurauksia. Hyperglykemian hoitoa hoitajan tulee käydä läpi ja myös kertoa ketoasidoosista ja sen riskeistä. Poliklinikkakäynneillä tulee käsitellä erilasten insuliinien erilaisia vaikutusaikoja ja tätä kautta insuliinin omasääntöä. Insuliinin pistostekniikka ja -paikat tulee potilaan kanssa käydä huolellisesti läpi vielä ensikäynnin jälkeen kertauksena. Hoitaja ohjaa potilasta omaseurannan tulkinnassa ja yhdessä katsotaan potilaan tekemiä mittauksia ja tulkitaan insuliinin tarvetta. Hiilihydraattien laskemista käydään yhdessä läpi ja keskustellaan ruokavalion periaatteista diabeteksen hoidossa. Potilaan kanssa käydään myös läpi suun ja jalkojen hoitoa ja niihin liittyviä diabeteksen erityispiirteitä.

Normaalin elämän muuttuvat tilanteet -osaa hoitaja voi oman harkintansa mukaan käydä potilaan kanssa läpi juuri siinä kohdin, kun yksilöllisesti asiat tulevat potilaan kanssa keskustelun alaisiksi. Jos potilas on esimerkiksi hyvin liikunnallinen, kannattaa liikunnan vaikutuksia diabeetikon verensokeritasapainoon käydä läpi jo ensikäynnillä. Kaikki aiheet tulee kuitenkin

käydä hoidon alussa läpi niin, että potilaalla on yleinen käsitys diabeteksen vaikutuksista normaaliin elämään.

Konkreettinen tuki -osassa on muistutettu uudelleen B-todistuksesta, jotta hoitajan tulee käytyä läpi potilaan kanssa lääkkeiden korvattavuusasiat ja verotustodistus niin, että potilas on tietoinen omista oikeuksistaan. Sähköisestä reseptistä tulee informoida potilasta ja kertoa, kuinka se toimii. Hoitaja tekee hoitovälinelähetteen hoitotarvikejakeluun ja ohjaa potilasta hoitotarvikkeiden tilaamisessa. Diabeteshoitaja antaa omat työyhteystietonsa potilaalle, jotta potilas voi tarvittaessa olla yhteydessä ja kysyä mieltä painavia asioita. Hoitaja ohjaa potilasta perehtymään diabeetikon sosiaaliturvaan, jossa on lueteltuna kaikki diabeetikon oikeudet sosiaalietuuksiin. Hoitaja informoi potilasta myös diabetesliitosta ja eri yhdistyksistä ja niiden toiminnasta.

Materiaalitosa toimii muistilistana hoitajalle siitä, mitä ohjausmateriaaleja hoitaja on antanut potilaalle. Osassa on ensin ensimmäisellä ohjauskerralla annettavat materiaalit. Ensimmäisen ohjauskerran materiaaleissa käydään läpi samoja asioita, mitä hoitaja käy ensikäynnillä potilaan kanssa läpi. Toisella ohjauskerralla jaettava materiaali sisältää hiilihydraatti käsikirjan ja potilasohjeen ateriainsuliinista. Näitä asioita tulee hoitajan käydä toisella ohjauskerralla läpi potilaan kanssa. Kolmannen ohjauskerran materiaaleihin kuuluu yleistietoa diabeteksestä ja normaalin elämän muuttuvista tilanteista sekä diabetesyhdistyksen käyntikortti, josta selviää yhdistyksen yhteystiedot.

Vapaalla tekstillä hoitaja voi merkitä ohjausrungon alaosassa oleville viivoille oman näkemyksensä lisätuen tai yhteistyökumppaneiden tarpeesta. Lisäksi ohjausrungossa on tila, johon hoitaja voi vapaalla tekstillä merkitä muita asioita, joita on käyty läpi tai hoitaja on muuten huomionut.

Tiedoston ylätunnisteessa on ohjausrungon nimi ja tekijöiden tiedot sekä muokkauspäivämäärä ja muokkaajan nimikirjaimet. Diabeteskeskuksen hoitajien kanssa sovittiin, että he voivat vapaasti muokata tiedostoa, jos he huomaavat jatkossa puutteita tai ylimääräisiä asioita ohjausrungossa.

7 Pohdinta

Opinnäytetyön aihe saatiin suoraan työelämänedustajilta ja opinnäytetyöprosessissa tehtiin tiivistä yhteistyötä työelämänedustajien kanssa koko prosessin ajan. Espoon diabeteskeskuksen hoitajat ovat olleet tyytyväisiä lopputulokseen ja he ovat ottaneet ohjausrungon käyttöön käytännön työn tueksi helmikuussa 2015.

Opinnäytetyön tavoitteena oli yhtenäistää potilasohjausta diabeteskeskuksen hoitajien keskuudessa ja siinä onnistuttiin opinnäytetyöprosessin eri vaiheiden kautta. Diabeteskeskuksen hoitajat sekä HUS:n että Espoon kaupungin puolelta keskustelivat haastattelun aikana ohjauslinjoistaan ja asioista, joita he pitivät tärkeimpinä ohjauksen kannalta. Ryhmähaastattelussa eri organisaatioiden työntekijät saivat kuulla toistensa työtapoja ja tottumuksia potilaiden ohjaamisesta ja he keskustelivat ja jakoivat ajatuksiaan aiheesta hyvässä yhteistyössä. Ryhmähaastattelun jälkeen diabeteskeskuksen hoitajat sopivat yhteisesti, mitä materiaaleja he käyttävät ohjauksen apuna ja he saivat aikaan yhteisen listan materiaalien käytöstä. Valmis ohjausrunko lähetettiin diabeteskeskukseen ja hoitajat kävivät vielä yhteisesti kokouksessa läpi ohjausrungon käyttöä ja pyysivät tarkennuksia tekijöiltä. Edellä mainittujen asioiden puitteissa voidaan todeta, että opinnäytetyön tavoitteeseen päästiin loistavasti.

Opinnäytetyö olisi voitu tehdä myös toiminnallisena opinnäytetyönä ja aiheen konkreettisuus olisi sopinut toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Myös tutkiva näkökulma aiheeseen oli hyvin mielenkiintoinen ja tutkimuksena aihe oli myös toimiva. Lopputuloksen kannalta tutkiva menetelmä antaa mahdollisuuden tutkia tuotteen käyttökokemuksia Espoon diabeteskeskuksessa jatkossa.

7.1 Opinnäytetyön eettisyys

Kuulan (2011, 101-117) mukaan tutkittavien informoinnissa tulee muistaa seuraavat asiat; tutkijoiden yhteystiedot, tutkimuksen tavoite, aineistonkeruutapa, osallistumisen vapaaehtoisuus, luottamuksella annettujen tietojen suojaaminen sekä tutkimusaineiston käyttötarkoitus, käyttöaika ja käyttäjät. Tiedotteessa haastatteluun osallistuville (liite 1) mainittiin tutkijoiden yhteystiedot, tutkimuksen tavoite, aineistokeruutapa ja tutkittavien anonymiys sekä tutkimuksen käyttötarkoitus ja käyttäjät. Suostumuksessa haastatteluun osallistuville (liite 2) kerrottiin osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja luottamuksella annettujen tietojen suojaamisesta.

Tutkimusetiikan perusteisiin kuuluu, että tutkittaville pitää taata mahdollisuus säilyttää anonymiteetti valmiissa tutkimuksessa, jos tutkittavat sitä haluavat. Lupaus henkilöllisyyden salaamisesta antaa tutkittaville mahdollisuuden puhua rehellisesti ja suoraan. Tutkittavien henkilöllisyyden salaaminen tuo myös tutkijalle vapauden, sillä silloin on helpompi käsitellä arkojakin asioita eikä tarvitse pelätä aiheuttavansa haittaa tutkittaville. (Mäkinen 2006, 114-120.) Haastattelupäivänä tutkittaville annettiin Tiedote haastatteluun osallistuville (liite 1) sekä Suostumus haastatteluun osallistuville (liite 2), jonka haastatteluun osallistuneet henkilöt allekirjoittivat. Siinä mainittiin, ettei opinnäytetyössä käy ilmi haastateltavien henkilöllisyys ja että aineisto analysoidaan anonymistisesti. Koko opinnäytetyöprojektin ajan pidettiin huo-

li tutkittavien anonymiteetista eikä tutkittavien henkilöllisyys käy sen vuoksi ilmi missään kohdin.

Luottamuksellisuus on läheisesti yhteydessä tutkittavien yksityisyyteen, mikä tarkoittaa sitä, että heidän henkilökohtaisia asioita ei levitellä ympäriinsä. Luotettavuuteen kuuluu myös lupaus luottamuksellisuudesta sekä yksityiskohtainen selitys tutkittaville, kuinka se toteutetaan tutkimuksen eri vaiheissa. Luottamuksen takaaminen on tutkijan moraalinen velvollisuus ja siitä on myös määrätty laissa. (Mäkinen 2006, 114-120.) Henkilötietolaissa on määritelty laajasti tutkimuksen luottamuksen takaamisesta. Laissa on muun muassa mainittu tutkijan vaitiolovelvollisuuteen sitoutumisesta ja tutkittavan suostumuksesta tutkimukseen osallistumisesta, minkä pitää olla vapaaehtoinen, yksilöity ja tietoinen. Jos tutkija on luvannut tutkittavalle käyttävänsä aineistoa vain itse meneillään olevassa tutkimuksessa, ei aineistoa saa antaa kenenkään muun käsiin. Tutkimusaineistoa tulee käsitellä vaarantamatta tutkittavien yksilösuojaa. Aineisto täytyy hävittää tutkimuksen jälkeen tai hakea sille arkistointilupaa. (Henkilötietolaki 22.4.1999/523.) Suostumuksessa haastatteluun osallistuville (liite 2) mainittiin, että nauhoite tuhotaan opinnäytetyön valmistuttua, tietoja käsitellään luottamuksellisesti, ja että haastattelun voi keskeyttää syytä ilmoittamatta milloin vain. Tutkimusaineisto oli koko ajan tuhoamiseen asti vain tutkijoiden käsittelyssä.

Tutkijan tulisi harkita huolellisesti tutkimusaineiston säilytykseen liittyviä kysymyksiä. Vaikka tutkija itse pystyisi noudattamaan yksityisyyden ja luottamuksellisuuden vaatimuksia tarkasti aineiston käsittelyssä, eivät aineiston myöhemmät käyttäjät välttämättä ole yhtä huolellisia. Aina ei ole välttämätöntä säilyttää koko tutkimusaineistoa vaan ainoastaan ne osat, joihin tutkimuksen analyysit ja argumentit perustuvat. (Mäkinen 2006, 114-120.) Nauhoitetussa haastattelussa ei käynyt missään kohdin ilmi haastateltavien nimet, sillä aineiston analysoinnin kannalta ei ollut tärkeää, puhuiko Espoon kaupungin vai erikoissairaanhoidon työntekijä. Nauhoitteet haastattelusta tuhottiin heti, kun aineisto oli litteroitu.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuteen liittyy tiedon arviointi, jota toteutetaan lähdekritiikillä. Lähdekritiikissä tutkijan tulee kiinnittää huomiota lähteen aitouteen, riippumattomuuteen, alkupevälisyyteen ja puolueettomuuteen. Aitouteen liittyy, että tutkijan on varmistuttava, ettei lähde ole väärennös. Riippumattomuus tarkoittaa, ettei esittäjä ole vaikutussuhteessa kehenkään muuhun. Lähteet voidaan luokitella primaari- ja sekundaarilähteisiin. Tutkijan tulisi suosia primaarilähteitä eli ensikäden lähteitä, koska sekundaarilähteet ovat usein useamman ihmisen kautta kulkenutta tietoa. Puolueettomuutta punnittaessa tulee kiinnittää huomiota kirjoittajan mahdollisten henkilökohtaisten, poliittisten, taloudellisten ja muiden intressien vaikutusta lähteen sisältöön. (Mäkinen 2006, 128-132.) Koko opinnäytetyöprosessin ajan on uutta

tietoa arvioitu lähdekritiikin avulla. Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään primaareita ja tutkittuun tietoon perustuvia lähteitä. Sen vuoksi yksi opinnäytetyön lähteistä on vuodelta 1992 ja siinä määritellään käsite hoitotyytyväisyydestä ja monet uudemmat lähteet viittaavat kyseiseen lähteeseen.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole olemassa mitään yksiselitteisiä ohjeita. Tutkimus tulee kuitenkin arvioida kokonaisuutena, jolloin sen pitää olla johdonmukainen jokaisella osa-alueella. Luotettavuuden arvioinnissa on huomioitava tutkimuksen kohde, tarkoitus, tutkijan omat sitoumukset kyseisessä tutkimuksessa, aineiston keruu, tutkimuksen tiedonantajat, tutkijan ja tiedonantajan suhde, tutkimuksen kesto, aineiston analyysi sekä tutkimuksen raportointi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140-141.) Opinnäytetyön tutkimuksen kohde ja tarkoitus olivat johdonmukaiset. Tutkimuksen tarkoitukseen myös päästiin, sillä tarkoituksena oli tuottaa ohjausrunko vastasairastuneen tyypin 1 diabetespotilaan alkuohjauksesta. Molemmat opinnäytetyön tekijät olivat sitoutuneita tutkimukseen, sillä lähtökohtana oli oma mielenkiinto aihetta kohtaan. Aineiston keruu eli haastattelu ja sen nauhoittaminen sujui ongelmitta. Tutkimuksen tiedonantajat oli valittu tutkijoille valmiiksi, sillä haastateltavat oli valittu Espoon diabeteskeskuksessa työntekijöiden kesken. Tavoitteena oli haastatella hoitajia, joilla on kaikista eniten tietoa ja kokemusta tyypin 1 diabeetikkojen ohjauksesta, ja haastateltaviksi valikoituivat juuri kyseiset kriteerit täyttävät hoitajat. Tutkijoiden ja tiedonantajien suhde toimi sujuvasti ja luontevasti.

Haastateltavilla ja kaikilla Espoon diabeteskeskuksen työntekijöillä oli mahdollisuus antaa korjausehdotuksia ohjausrunkoon (liite 4). Toisaalta tämä myös muutti tutkimustuloksia, sillä kaikkia ohjausrungossa olevia asioita ei tullut ilmi haastattelussa. Toteutetut korjausehdotukset olivat joidenkin termien muuttaminen diabeteskeskuksessa käytössä oleviin sanoihin, kuten esimerkiksi mittauspäiväkirja muutettiin omaseurannaksi ja insuliinitarpeen arviointi muutettiin insuliinin omasäädöksi. Lisäksi tarkennettiin joitain termejä yleiskielelle eli sertifikaatti muutettiin Medical Certificateksi. Diabeteskeskuksen hoitajien toiveena oli myös lisätä alkuun potilaan perustietoihin sairastumispäivämäärä, resepti B-todistuksen yhteyteen, pistospaikat pistostekniikan yhteyteen, ammatinvalinta sekä ehkäisy ja raskauden suunnittelu normaalin elämän muuttuviin tilanteisiin ja verotustodistus konkreettiseen tukeen. Lisäksi ohjausrungosta poistettiin perusasiat kohdasta otsikot erilaiset insuliinit ja ateriainsuliinin käyttöönotto, sillä he kokivat että asiat tulevan muussa yhteydessä käsiteltyä. Lisäksi poistettiin ensikäynnin kohdalta neuropatiakivut, sillä hoitajat kokivat tämän olevan sen verran harvinaista, ettei asiaa tarvitse olla mainittuna ohjausrungossa.

Aineiston analysointi, teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä, oli luotettavaa, sillä se perustui opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen. Tutkimuksen raportti tehtiin mahdollisimman

yksityiskohtaisesti, jotta lukijalle tulisi selkeä kuva, kuinka aineisto kerättiin ja analysointiin, sekä kuinka tutkimustulokseen päästiin.

7.3 Tulosten tarkastelu

Laadukas hoidonohjaaminen muodostuu tiedollisesta, emotionaalisesta ja konkreettisesta tuesta (Kyngäs 2008a). Opinnäytetyön teema-alueina käytettiin näitä kolmea tuen muotoa ja lopulliseen ohjausrunkoon on saatu kaikista tuen muodoista oma osuutensa. Ohjausrungon pääpaino on tiedollisessa tuessa, mutta tiedolliseen tukeen sisältyy osittain myös emotionaalinen ja konkreettinen tuki.

Juseliuksen (2013) mukaan tiedollista tukea diabeetikon hoidonohjauksessa on ohjaaminen ja opettaminen siitä, mikä diabetes on, ja miten sitä hoidetaan. Suurin osa ohjausrungon sisällöstä keskittyy juuri tähän. Ohjausrungon käyttö on kuitenkin hyvin monipuolista, sillä tiedollista tukea antaessaan hoitaja voi myös samalla keskustella diabeteksen toteamisen aiheuttamista tunnereaktioista ja siitä, miten diabeteksen kanssa eläminen sujuu. Tunnereaktioiden ja arkielämän pohtiminen yhdessä taas lukeutuu emotionaaliseen tukeen, jota hoitaja ohjauksessa antaa (Kyngäs 2008a). Lisäksi tutkimusaineiston perusteella ohjausrunkoon päädyttiin lisäämään erillinen kohta emotionaalisesta tuesta, johon hoitaja voi merkitä vapaalla tekstillä, onko potilas lisätuen tarpeessa. Ohjausrunkoon laadittiin vielä konkreettisesta tuesta erillinen muistilista hoitajaa varten. Konkreettinen tuki muodostuu kaikesta välineellisestä tuesta kuten hoitotarvikkeista ja sosiaalietuksista (Kyngäs 2008a). Konkreettisen tuen yhteyteen liitettiin ohjausrungossa diabetesyhdistys-info, sillä kuten Tulokkaan, Ojasen, Koiviston ja Pasternackin (2005) tutkimuksessa todetaan, on vertaistuellla suuri merkitys pitkäaikaissairauksien hoidossa.

Rissasen (2005) tekemän pro-gradu tutkimuksen mukaan ohjausrungon käyttö vastasairastuneen diabeetikon hoidossa koetaan hoitajien näkökulmasta hyväksi ja ohjauskäytänteitä yhdistäväksi tekijäksi. Ohjauksen pääpaino on Rissasen mukaan sairauteen sopeutumisessa ja siihen tukemisessa. Omahoitoon tarvittavaa tietoa annetaan sairauden alkuvaiheessa asteittain. Opinnäytetyönä tuotetussa ohjausrungossa on eriteltynä ensikäynnillä käsiteltävät asiat, joita tutkimuksen tiedonantajat pitivät kaikkein tärkeimpinä aiheina käsitellä ja opettaa heti hoidon alkuvaiheessa.

Juselius (2013) pitää sairauden toteamisvaiheen jälkeen välttämättöminä perustietoina ja taitoina insuliinin pistämistä, verensokerin mittaamista, hiilihydraattien määrän arviointia ja hypoglykemian tunnistamista. Ohjausrungossa nämä asiat on pyritty sijoittamaan ohjausrungon alkuun ensikäynnin kohdalle. Perusasiat-otsikon alla on tarkennettuna ensikäyntiosassa mainittuja asioita. Tarkoituksenmukaista olisi, kuten Rissanen (2005) sanoo, että tietoa anne-

taan asteittain. Ohjausrunko rakennettiin sen perusteella, että asioita tarkennetaan hoidon etenemisen myötä.

Diabeteksen hoidossa on otettava huomioon erilaiset elämän vaihtelevat tilanteet. Sokeritasapainoon vaikuttaa samanaikaisesti monet asiat kuten esimerkiksi insuliinihoito, ruokavalio, liikunta, hormonitoiminta ja stressi. Diabeteksen hoidon onnistumisen edellytys on diabeteksen ottaminen ja hyväksyminen osaksi elämää. (Ilanne-Parikka 2011c, 254.) Ohjausrungon otsikoinnissa ja sisällössä haluttiin ottaa huomioon myös normaalin elämän muuttuvat tilanteet omana erillisenä osa-alueenaan. Teoriatietoa ja tutkimusaineistoa yhdistelemällä koottiin yleisesti elämään kuuluvia asioita, joihin diabeteksen kanssa on erityisesti kiinnitettävä huomiota.

Moniammatilliseen tiimiin diabeetikon hoidossa kuuluvat diabeteslääkäri, diabeteshoitaja, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä, psykologi, psykiatri, kuntoutusohjaaja ja jalkaterapeutti (Kotisaari ym. 2008). Ryhmähaastattelun aikana keskusteltiin miten ohjausrungossa ilmaistaan tarve moniammatillisen tiimin eri työntekijöiden käytölle. Diabeteskeskuksen hoitajat päätyivät yhteisesti siihen, että ohjausrungossa tulee olla asiasta maininta, mutta ohjausrungossa ei tarvitse luetella eri ammattiryhmiä. Hoitaja voi merkitä ohjausrunkoon vapaalla tekstillä esimerkiksi erityistyöntekijän konsultaation tarpeen.

Diabeteksen Käypä hoito -suosituksissa todetaan, että päävastuu hoidosta on diabeetikolla itsellään. Hyvä omahoito ei kuitenkaan voi toteutua ilman, että diabeetikolla on riittävästi ja ajantasaisesti tietoa, taitoja ja ymmärrystä sairautensa hoitamiseen. (Käypä hoito -työryhmä Diabetes 2013a.) Ohjausrunkoon haluttiin jättää vielä joustava tila mainita lyhyesti asioita, joita ohjausrungossa ei ole huomioitu. Diabetes on yksilöllinen sairaus ja hoitotiimin vastuulla on antaa riittävät tiedot ja taidot ohjauksen avulla diabeetikolle.

7.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheena voidaan ehdottaa tässä työssä tuotetun ohjausrungon käytön ja käytäntöjen toimivuuden tutkimista. Tässä opinnäytetyössä tuotettiin ohjausrunko, mutta sen toimivuutta ei ole vielä tutkittu työelämässä. Ohjausrunko on otettu käyttöön Espoon diabeteskeskuksessa helmikuussa 2015.

Lähteet

Bierganns, E., Aarne, M., Tuomola, S. & Suomen diabetesliitto. 2011. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma Dehko 2000-2010. Loppuraportti. Helsinki: Diabetesliitto.

Bond, S. & Thomas, L.H. 1992. Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 52-63.

Dehkon laatukriteerityöryhmä. 2002. Diabeetikon hyvän hoidon laatukriteerit. DEHKO-raportti 2002:1. Diabetesliitto. Viitattu: 2.4.2014.
http://www.diabetes.fi/files/214/2002_1_Diabeetikon_hyvan_hoidon_laatukriteerit_pdf_200_kt.pdf

Dehko. 2010. Aikuisten diabeteksen hyvän hoidon laatuavain. Viitattu: 2.4.2014.
http://www.diabetes.fi/files/1424/Aikuisten_diabeteksen_hyvan_hoidon_laatuavain.pdf

Espoo. 2013. Diabeteskeskus. Viitattu: 15.3.2015. http://www.espoo.fi/fi-FI/Sosiaali_ja_terveyspalvelut/Diabetespotilaiden_hoito_uudistuu%2834933%29

Fimea. 2013. Potilastiivistelmä. Glargin- ja detemirinsuliinin hoidollinen ja taloudellinen arvo tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabeteksen hoidossa NPH-insuliiniin verrattuna. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus. Julkaisusarjaa 2/2013. Viitattu: 25.3.2014.
http://www.fimea.fi/download/22971_KAI_2_2013_potilastiivistelma_FI_FINAL.PDF

Hendrychova, T., Vytrisalova, M., Smahelova, A., Vlcek, J. & Kubena, A. 2013. Adherence in adults with type 1 diabetes mellitus correlates with treatment satisfaction but not with adverse events. *Dovepress. Patient Preference and Adherence* 2013:7, 867-876.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523. Viitattu: 1.4.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. s. 160-212.

Ilanne-Parikka, P. 2011a. Diabeetikon seuranta tutkimukset. Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-T. Saha & T. Sane (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, s. 91-93.

Ilanne-Parikka, P. 2011b. Pääteet ja diabetes. Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-T. Saha & T. Sane (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, s. 207-214

Ilanne-Parikka, P. 2011c. Tyypin 1 diabeetikon insuliinihoito. Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-T. Saha & T. Sane (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, s. 251-306.

Juselius, P. 2013. Diabeetikon hoidon ohjauksen järjestäminen, toteutus ja sisältö. Käypähoito-suositus. Viitattu: 29.1.2014
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/naytaartikkeli/tunnut/nix00796>

Kangas, T. & Virkamäki, A. 2011. Insuliini ja sen tehtävät. Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-T. Saha & T. Sane (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, s. 14-15.

Kotisaari, S., Olli, S., Rintala, T-M. & Simonen, R. 2008. Diabetestöryhmän jäsenten asiantuntijuus. Teoksessa Rintala, T-M., Kotisaari, S., Seija, O., Simonen, R. Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. s. 181.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino, 101-117.

Kyngäs, H. 2008a. Asiakkaiden ohjaus ja hoitoon sitoutuminen. Teoksessa Kyngäs, H., Henttinen, M. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kyngäs, H. 2008b. Hoidonohjauksen lähtökohtia. Teoksessa Rintala, T-M., Kotisaari, S., Seija, O., Simonen, R. Diabeetikon hoidonohjaus. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi. s. 27-40.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja-lehti. Viitattu: 31.3.2014
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva_ka/

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 2005: 17(5).

Käypä hoito -työryhmä Diabetes. 2013a. Diabetes. Käypä hoito -suositus. Viitattu: 29.1.2014
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnut/hoi50056>

Käypä hoito -työryhmä Diabetes. 2013b. Diabeetikon alkukartoitus. Viitattu: 13.3.2014
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnut/nix00776>

Käypä hoito -työryhmä Diabetes. 2013c. Hypoglykemian hoito. Viitattu: 31.3.2014
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../nix00788>

Käypä hoito -työryhmä Diabetes. 2013d. Hypoglykemioiden jaottelu. Viitattu: 31.3.2014
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../nix00798>

McDowell, D. 2014. Safety checklist briefings: A systematic review of the literature. Association of Operating Room Nurses. AORN Journal vol. 99, no. 1 (Jan 2014), p. 125-151

Mustajoki, P. 2012a. Diabetes ja liikunta - hoito-ohje tyypin 1 diabeetikolle. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu: 4.10.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00888

Mustajoki, P. 2012b. Diabetes (sokeritauti). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu: 6.10.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00011&p_haku=#s4

Mustajoki, P. 2012c. Tyypin 1 diabeteksen hoito. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu: 5.10.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00774&p_haku=

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan abc. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, s. 114-120, 128-132.

Nikkanen, P. 2011. Insuliinien annosteluvälineet ja niiden käyttö. Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-T. Saha & T. Sane (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, s. 111-120.

Nikkanen, P. 2012. Diabetes ja matkustaminen. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti, sairaanhoidajan tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu: 30.3.2014
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk02331&p_haku=diabetes%20matkustaminen

Ohjaus hoitotyössä -hanke. 2014. Ohjaus hoitotyössä - hanke (ent. Kolmiosairaal - hanke).
ONT-torit. Laurea-ammattikorkeakoulun verkkoympäristö. Viitattu: 7.4.2014
https://live.laurea.fi/fi/opiskelijalle/opintojen_toteutus/opinnaytetty/otaniemi/ont-tori/Sivut/default.aspx

Rintala, T-M. 2013. Diabeteksen näkyvä ja näkymätön läsnäoleminen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere: Suomen Yliopistopaino oy.

Rissanen, M-A. 2005. Tiedonsiirrosta vuorovaikutukselliseen ohjaamiseen - tyyppi 1 diabeetikon hoidonohjaus diabeteshoitajien kuvaamana. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Ruusuvuori, J. & Tiittula L. 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Vastapaino.

Rönnemaa, M-T. & Leppiniemi M. 2011. Diabeteksen hoidon seuranta. Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-T. Saha & T. Sane (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, s. 60-70

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu: 28.2.2014
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Sane, T. 2011. Liikenne ja diabetes. Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-T. Saha & T. Sane (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, s. 455- 461.

Saraheimo, M. 2011a. Diabeteksen oireet. Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-T. Saha & T. Sane (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 24-26.

Saraheimo, M. 2011b. Tyypin 1 diabetes. Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-T. Saha & T. Sane (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, s. 28-30.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Diabeteksen yleisyys.
Viitattu: 10.3.2015 <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/diabeteksen-yleisyys>

Tulokas, S., Ojanen, M., Koivisto, A-M. & Pasternack, A. 2005. Nuorten diabeetikkojen ohjaus ongelmalähtöisen oppimisen menetelmällä - tulokset paremmat kuin perinteisellä yksilöohjauksella. Suomen lääkäri. Vol. 60, no. 8, 893-893.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi, s. 91-123.

Tuomi, T. 2012. Tuore diabetes. Akuuttihoito-opas. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu: 13.3.2014

http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho01822&p_haku=diabetes

Virkamäki, A. 2011. Insuliinivalmisteet. Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-T. Saha & T. Sane (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, s. 99.

Virtanen, T. 2010. Polikliinisen hoitotyön autonomia ja sitä edistävät tekijät. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampere.

Vuorisalo, R. 2014. Diabeetikon sosiaaliturva 2014. Tampere: Suomen Diabetesliitto oy.

World Health Organization 2009. Patient Safety. Implementation Manual. WHO Surgical Safety Checklist 2009. Safe Surgery Saves Lives. World Health Organization.

Liitteet

Liite 1 Tiedote haastatteluun osallistuville	37
Liite 2 Suostumus haastatteluun osallistuville	38
Liite 3 Teema-alueuuttelo.....	39
Liite 4 Ohjausrunko	40

-

Tiedote haastatteluun osallistuville

Hei!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoulusta Otaniemestä. Teemme opinnäytetyömme Teille Espoon diabeteskeskukseen. Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa ohjausrunko vastasairastuneen tyypin 1 diabetespotilaan alkuohjauksesta Espoon diabeteskeskuksessa. Tavoitteena on yhtenäistää potilasohjaustanne.

Haastattelun aiheena on vastasairastuneen tyypin 1 diabetespotilaan alkuhoidon ja -ohjauksen sisältö. Haastattelu toteutetaan vapaamuotoisena ryhmäkeskusteluna. Menetelmänä käytämme teemahaastattelua ja toteutamme sen ryhmähaastatteluna.

Haastattelu nauhoitetaan, mutta nauhoitteet tuhotaan heti opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyössä haastateltavien henkilöllisyys ei käy ilmi ja analysoimme materiaalin anonymisti. Haastattelu kestää noin 1-2 tuntia.

Teemme haastattelun pohjalta ohjausrungon vastasairastuneen tyypin 1 diabetespotilaan alkuohjauksesta Espoon diabeteskeskukselle.

Haastattelussa käsiteltävät teemat ovat:

1. Vastasairastuneen tyypin 1 diabetespotilaan alkuhoito
2. Vastasairastuneen tyypin 1 diabetespotilaan alkuohjaus

Vastaamme mielellämme kysymyksiin. Tarvittaessa meihin voi ottaa yhteyttä.

Ystävällisin terveisin

Elke Burman
elke.burman@laurea.fi

ja

Susanna Tuokko
susanna.tuokko@laurea.fi

Laurea-ammattikorkeakoulu, Otaniemi

Suostumus haastatteluun osallistuville

Pyydämme suostumustanne opinnäytetyömme haastatteluun osallistumisesta ja haastattelun nauhoittamisesta. Aiheena on ohjausrungon tuottaminen vastasairastuneen tyypin 1 diabeetikon alkuohjauksesta Espoon diabeteskeskuksessa. Nauhoite tuhotaan opinnäytetyön valmistuttua. Antamianne tietoja tullaan käsittelemään luottamuksellisesti. Haastattelun voi keskeyttää syytä ilmoittamatta milloin vain.

Osallistun haastatteluun vapaaehtoisesti. Minua on informoitu haastattelun aiheesta ja tarkoituksesta.

aika ja paikka

allekirjoitus ja nimenselvennys

Teema-alueuuttelo

1. Vastasairastuneen tyypin 1 diabetespotilaan alkuhoito
 - insuliinihoito
 - ruokavalio ja hiilihydraatit
 - verensokerin seuranta
 - hypo- ja hyperglykemia
 - normaalin elämän muuttuvat tilanteet
 - muut asiat
2. Vastasairastuneen tyypin 1 diabetespotilaan alkuohjaus
 - tiedollinen tuki
 - emotionaalinen tuki
 - o tunnepuoli
 - konkreettinen tuki
 - o hoitovälineet

NIMI: _____ SAIR.PVM: _____
HETU: _____ PAINO: _____ PITUUS: _____

ENSIKÄYNTI

PERUSASIAT/MIKÄ ON DIABETES?
VERENSOKERIN MITTAAMINEN
OMASEURANTA
INSULIININ PISTÄMINEN
HYPOGLYKEMIA JA SEN ENSIAPU
ALUSSA SOKERIN VÄLTÄMINEN
NÄÖN TILAPÄINEN HEIKKENEMINEN
RESEPTI JA B-TODISTUS- INFO
YHTEYSTIEDOT
- Virka- ja päivystysaikana

PERUSASIAT

VERENSOKERIN TAVOITEARVOT
HYPO
HYPER
KETOASIDOOSI
INSULIININ VAIKUTUSAJAT
PISTOSTEKNIikka JA -PAIKAT
INSULIININ OMASÄÄTÖ
OMASEURANNAN TULKINTA
HIILIHYDRAATIT
RUOKAVALION PERIAATTEET
JALKOJENHOITO
SUUNHOITO

LISÄTUEN TARPEEN ARVIOINTI:

YHTEISTYÖKUMPPANEIDEN TARVE:

MUUTA:

HUOM !

**NORMAALIN ELÄMÄN
MUUTTUVAT TILANTEET**

LIIKUNTA
SAIRASTAMINEN
- Sairauspäivän ohjeet
- Perusinsuliinin tärkeys
MATKUSTAMINEN
- Medical certificate
- Erytisohjeet
PERIITYVYYYS
RASKAUS: EHKÄISY/SUUNNITTELU
VUOROKAUSIRYTMİ
ALKOHOLI + MUUT PÄIHTEET
AJOKORTTI
AMMATIN VALINTA

KONKREETTINEN TUKI

B-TODISTUS
- Lääkkeiden korvattavuus
- Verotustodistus
E-RESEPTIT
HOITOVÄLINELÄHETE
HOITOTARVIKKEIDEN TILAAMINEN
DIABETESHOITAJAN YHTEYSTIEDOT
DIABEETIKON SOSIAALITURVA
DIABETESYHDISTYSINFO

MATERIAALIT

1. OHJAUSKERTA
Minulla on diabetes -kortti
Omaseurantavihko
Ensitieto-opas: Tyypin 1 diabetes
Potilasohje: Pitkävaikutteinen
Potilasohje: Insuliinikynä
2. OHJAUSKERTA
Hiilihydraattikäsikirja
Potilasohje: Ateriainsuliini
3. OHJAUSKERTA
Avain elävään elämään
Diabetesyhdistyksen käyntikortti